



Maestría en Administración y Políticas Públicas

Tesis de Maestría

9° Promoción

Título: La política de formación de recursos humanos en oncología en el marco de un sistema federal de salud. El caso del Programa de Becas de Formación de Recursos Humanos en cáncer del Instituto Nacional del Cáncer. Años 2011-2017.

Ariana Goldman. Nro de legajo 9708

Buenos Aires,

Directora Dra. Isabel Duré

Indice:	Pag.
Agradecimientos	3
Resumen	5
Introducción.	8
Marco contextual.	
Algunas particularidades de la realidad oncológica.	12
Porqué formar recursos humanos en áreas de la medicina vinculadas al cáncer.	14
Las políticas de formación de especialistas en cáncer en la región.	18
Estructura de la tesis.	21
Objetivos del estudio.	22
Capítulo 1. Encuadre teórico para el análisis de las políticas de formación de recursos humanos en salud.	
1.1. Las particularidades de la formación de recursos humanos en salud.	24
1.2. La educación permanente en el marco de las políticas públicas.	29
1.3. El sistema de salud en la Argentina.	31
1.4. La descentralización y los mecanismos de coordinación.	38
1.5. La evaluación de programas.	44
1.6. Metodología.	46
Capítulo 2 El caso de análisis: Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer del INC de 2011 a 2017.	
2.1. La creación del Instituto Nacional del Cáncer como política pública de salud.	52
2.2. Presentación del caso de análisis. Programa de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer del INC.	61
Capítulo 3. Resultados y análisis del desarrollo del Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer del INC.	
3.1. Resultados del desarrollo del Programa de Becas de Capacitación del INC de 2011 a 2017.	79
3.2. Resultados del Programa de Becas de Capacitación del INC de 2011 a 2017 desde la perspectiva de los destinatarios.	90
Capítulo 4.	
4.1. Discusión.	101
4.2. Conclusiones.	110
Bibliografía.	112
Resoluciones Ministeriales.	117
Instrumento de recolección de información.	118
Anexos.	123

A Martina y Luisa.

Esta tesis está dedicada a la memoria del Dr. Roberto N. Pradier, médico académico, primer Director del Instituto Nacional del Cáncer y gran impulsor de su creación. Por su permanente apoyo a la capacitación de recursos humanos en salud para todo nuestro país y por su voto de confianza para que pueda desarrollar esta tarea en el marco de una política pública.

Agradecimientos.

El camino de la elaboración de una tesis es largo y sinuoso, solitario y compartido, frustrante y reconfortante. Es el resultado, además, de 8 años de mi trabajo a cargo de la gestión de formación de recursos humanos en salud desde la creación de un organismo público responsable de la coordinación de políticas inherentes a la patología oncológica, como es el Instituto Nacional del Cáncer.

Este trabajo no podría haber sido elaborado sin el apoyo y aliciente constante de mi familia, desde el inicio en la decisión de realizar la cursada de la Maestría hasta la elaboración de esta tesis final.

A mi madre, en particular, por mostrarme el camino de la rigurosidad académica, por su contagio en el disfrute del descubrimiento de nuevos autores que enriquecen nuestra forma de ver el mundo. Pero, sobre todo, por su sostén amoroso e invaluable.

Agradezco a quienes fueron mis compañeros de trabajo en el Instituto Nacional del Cáncer, haciendo énfasis especialmente en Agustina Carvajal y Mariana Curotto.

A mi enorme Directora de tesis, Isabel Duré, que siempre creyó que podría hacerla. Su guía y rigurosidad me permitieron desatar nudos críticos que de otra manera no hubiesen sido posible. Por haber sido una mentora, no solo para esta tesis, en la desafiante tarea de pensar y reflexionar sobre las mejores estrategias para formar recursos humanos en salud para nuestro heterogéneo país.

A mis compañeros de cursada de la Maestría (Pol Pub 9) y a todo el cuerpo docente, que me abrió a un universo de autores y perspectivas absolutamente nuevas para mí, para

pensar y analizar las políticas públicas con una mirada más abierta y enriquecedora para repensar y reflexionar sobre nuestras prácticas.

A todos los becarios y tutores que han sido, y siguen siéndolo, parte del Programa de Becas de Capacitación del Instituto Nacional del Cáncer, por su compromiso en la formación permanente, en querer ser mejores profesionales, para brindar una atención de calidad, equitativa y humana a los pacientes que atraviesan una enfermedad difícil, compleja y amenazante para la vida.



Resumen.

El presente trabajo consiste en evaluar las condiciones de implementación de una estrategia de capacitación para formar recursos humanos en salud en especialidades vinculadas al diagnóstico, tratamiento y atención del paciente oncológico. Específicamente el “Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer”, que se desarrolla bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer (INC), dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. El ámbito de la salud en Argentina se caracteriza por la complejidad de su organización al estar atravesado por la descentralización en un sistema federal que, además, responde a una lógica multijurisdiccional (nación, provincias, municipios). En este escenario, de por sí particular, tiene lugar la formación en servicio de profesionales de grado que se especializan para tratar y atender una patología como el cáncer, entre otras.

El período de estudio se extiende desde el inicio del Programa en el año 2011, hasta el año 2017. Se utilizó la metodología de estudio de caso, de tipo descriptivo, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, mediante análisis de normativas, entrevistas a informantes clave y aplicación de encuestas a los becarios para analizar los resultados de la implementación de una estrategia de capacitación como política pública de alcance nacional.

La capacitación fue parte de la estrategia que se diseñó desde el INC para consolidar su rol de rectoría, buscando que los profesionales formados pudieran conformarse en actores clave y ser motor de cambio en sus hospitales. Luego de 6 meses de finalizada cada edición del Programa de Capacitación, el 83,14% (281) de los becarios continuaban trabajando en

el sector público de salud; el 88,17% (298) seguía haciéndolo en su provincia; y el 81,95% (277) permanecían trabajando en la especialidad en la cual realizó su capacitación. El 65,1% (220) regresó a su hospital de referencia con posibilidad de implementar lo aprendido.

El Programa de capacitación cumplió con su estrategia de formación de recursos humanos en salud orientados en una política pública de control de cáncer.

Queda como asignatura pendiente poder establecer evaluaciones a las estrategias de capacitación que den cuenta cómo pueden impactar en la mejora directa de la atención de los pacientes.

Palabras clave: recursos humanos en salud, sistema de salud federal, política pública de formación de recursos humanos, recursos humanos y cáncer, evaluación de programas.

Abstract.

The present case of study consists in evaluating the conditions of implementation of a training strategy to train human resources in health in specialties related to the diagnosis, treatment and care of the cancer patient. Specifically, the "Human Resources Training Program for Cancer", which is under the orbit of the National Cancer Institute (INC) of the Ministry of Health and Social Development of the Nation.

This strategy is inserted in a health system that is characterized by the complexity of its federal organization that also responds to a multijurisdictional logic (nation, provinces, municipalities).

The period of study it extends from the beginning of the Program in 2011, until 2017. The case study methodology was used, descriptive, combining qualitative and quantitative techniques, through regulatory analysis, interviews with key informants and application of surveys to the fellows to analyze the results of the implementation of a training strategy as a public policy of national scope.

The training was part of the strategy that was designed from the INC to consolidate its leadership role, in order that trained professionals could become key actors and be the engine of change in their hospitals. After 6 months after each edition of the training program, 83,14% (281) of the fellows continue to work in the public health sector; 88,17% (298) continue to do work in their province; and 81,95% (277) continue to work in their field of expertise in which they did their training. Besides, 65,1% (220) fellows returned to their hospitals with the possibility of implementing what they learned.

The Training Program complied with its strategy of training human resources in health oriented in a public policy of cancer control.

It remains to be established evaluations of training strategies that explain how they can impact on the direct improvement of patient care.

Key words: health care workers, federal health system, public policy of human resources training, health care workers and cancer, program evaluation.

Introducción.

La gestión de procesos de formación de recursos humanos en salud (RHS) desde un organismo público es un desafío ya que las acciones implementadas tendrán (o eso se espera) impacto sobre la atención, tanto de las personas afectadas por la enfermedad, como en la promoción de la salud de la población sana, aportando a su curación u ofreciéndoles una sobrevida útil y digna para ellos y su entorno. La prevalencia de la enfermedad y los costos que ella conlleva para toda la sociedad requieren de la intervención del Estado en diferentes áreas.

En particular, cuando hacemos referencia a una enfermedad como es el cáncer (cualquier tipo de tumor y en cualquier estadio en el que se diagnostique) nos enfrentamos a una patología que continúa representando para el colectivo de la población una enfermedad de las denominadas “amenazante para la vida”.

Los aspectos socio-sanitarios, epidemiológicos, demográficos y preventivos pocas veces se materializan en la práctica asistencial. La creación del Instituto Nacional del Cáncer (INC) bajo la órbita del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (nueva denominación del Ministerio de Salud de la Nación a partir del decreto presidencial 801/2018) como órgano rector en la materia, abre la perspectiva de que estos aspectos se puedan conjugar en la formulación de una política pública.

Una enfermedad tan compleja como el cáncer no se resuelve de manera excluyente con la capacitación del recurso humano, eje de esta tesis, implica, entre otras acciones, diseñar e implementar programas de tamizaje a nivel poblacional, identificar las barreras de acceso al sistema de salud, el fortalecimiento del primer nivel de atención para la detección de la

patología en estadios tempranos, que las instituciones de salud cuenten con el equipamiento adecuado para el diagnóstico y tratamiento, elaboración de guías de práctica clínica y una población involucrada en su proceso de salud-enfermedad (que también incluye la adquisición de hábitos de vida saludable).

La capacitación, en el contexto de la salud pública, juega un rol preponderante. Los profesionales son actores estratégicos en el sistema de salud, pudiendo ser un factor de reproducción de prácticas instaladas, como, por el contrario, ser agentes de cambio.

Tuve la oportunidad de ser parte del INC desde el momento fundante. No siempre en el Estado se presenta la posibilidad de enfrentar la hoja en blanco para diseñar e implementar un Programa desde su inicio. Transcurridos ocho años desde su creación, es momento oportuno de realizar una evaluación sistemática de lo actuado. Esta tesis se retroalimenta de mi experiencia de gestión en el INC. Por el lugar que me tocó ocupar, dicha evaluación inevitablemente será atravesada por mi subjetividad, la que he tratado de minimizar a lo largo del proceso académico de construcción del presente trabajo¹.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la implementación y desarrollo, de una política pública de capacitación, considerando las particularidades del campo de la salud y la gestión descentralizada del propio sistema, intentando poner énfasis en el desafío de rectoría que enfrenta un organismo como el mencionado.

Se trata del “Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer”, que se desarrolla bajo la órbita del INC. El período de análisis abarcará desde que se comenzó a

¹ La autora de esta tesis ocupó el cargo de Coordinadora de Formación de Recursos Humanos del Instituto Nacional del Cáncer desde el momento de puesta en funciones de la Coordinación, en diciembre de 2010, hasta junio de 2019.

implementar el programa en el año 2011, hasta el año 2017. Para su análisis, se utilizó la metodología de caso, de tipo descriptivo, combinando técnica cualitativas y cuantitativas, mediante análisis de normativas, entrevistas a informantes clave y aplicación de encuestas a los becarios.

Nos interesó analizar la implementación de una política de formación de recursos humanos de una patología tan específica, que, por su magnitud y avance epidemiológico, requiere que los sistemas de salud cuenten con profesionales muy especializados. En la resolución de la 70° Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2017 sobre “Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado”, en lo que se refiere a la capacitación del recurso humano, se insta a los países miembros a que “promuevan recomendaciones para secundar la adopción de decisiones clínicas y la derivación de pacientes que privilegien un uso eficiente, seguro y costoeficaz de los servicios de diagnóstico y tratamiento oncológicos, tales como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, y faciliten la cooperación intersectorial entre los profesionales de la salud, así como la capacitación del personal en todos los niveles de los sistemas de salud”².

El cáncer, además, es una patología que implica la prescripción de drogas e indicación de tratamientos de alto costo, que hacen necesaria la regulación por parte del Estado. La introducción de nuevos productos farmacéuticos, resultantes de inversiones en innovación destinadas al tratamiento del cáncer, aumenta los costos que soportan los sistemas de salud y los enfermos. La OMS recomienda a sus estados miembros que “contemplen soluciones

² WHA70.12 - Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. Resolución WHA; 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, 2017 . Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js23235es/>

innovadoras y voluntarias de financiación para contribuir a la lucha contra el cáncer y promover así el acceso equitativo y asequible a la atención oncológica”³.

Las preguntas que guiarán este trabajo son:

¿Por qué es importante una estrategia de capacitación en el marco de una política pública regulatoria de cáncer?

¿Cuál es el rol que juega un programa de capacitación en un organismo rector para garantizar que las líneas programáticas se puedan implementar en el territorio?

¿Qué fue lo que permitió que una estrategia de capacitación a nivel nacional se desarrollara y se haya podido sostener en el tiempo, coordinando con múltiples actores?

La formación de recursos humanos es un proceso dinámico. Es entender que se interactúa con sujetos que tienen sus propias necesidades y motivaciones a la hora de ejercer su profesión, en el marco de instituciones sanitarias que son espacios con diferentes lógicas y cultura institucional. A su vez, personas, instituciones y el propio proceso de capacitación, están atravesados por la fragmentación del sistema de salud y por múltiples intereses políticos del complejo médico industrial.

El desafío de la experiencia, el proceso de implementación abordado, los errores, aprendizajes y reformulaciones, constituyen un valioso aporte para profundizar y mejorar no solo el programa de capacitación del INC, sino para plantear alternativas y ventanas de

³ 70° Asamblea Mundial de Salud citada previamente.

oportunidad que permitan mejorar el diseño e implementación de otros similares con el consiguiente beneficio para la salud pública.

Marco contextual.

Algunas particularidades de la realidad oncológica.

El cáncer está considerado a nivel mundial como un problema de salud pública. Según estimaciones de la OMS, se prevé que para el 2030 podría haber en el mundo 12 millones de muertes por cáncer. Existe una prevalencia de que una de cada tres mujeres y uno de cada dos hombres desarrollarán algún tipo de cáncer en el transcurso de su vida. En lo que respecta a incidencia para la región de Latinoamérica, se espera para el 2030 un incremento del 67% de nuevos casos con respecto al año 2012, que se traducirá en 1.831.316 de personas que desarrollarán algún tipo de cáncer⁴.

El cáncer presenta un complejo entramado de determinantes relativos al orden genético, ambiental y a los diferentes estilos de vida tanto individual como colectiva. Comparte con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) algunos factores de riesgo relacionados con el comportamiento: bajo consumo de frutas y hortalizas; actividad física baja, alto índice de masa corporal; tabaquismo e ingesta excesiva de alcohol.

Los costos sanitarios, económicos y sociales serán de gran envergadura e impacto en los sistemas de salud en el mundo.

Junto las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias

⁴ Según datos de la IARC Regional Hub for Cancer Registration <http://globocan.iarc.fr>

crónicas, constituyen el conjunto de las ECNT, que explican más del 60% de las muertes que actualmente ocurren.

Los importantes avances en farmacología, en métodos de tamizaje y de diagnóstico, los altos costos para acceder a los tratamientos y el abordaje interdisciplinario de la patología, entre otros, ponen de manifiesto la necesidad de regulación por parte del Estado.

En los últimos cinco años se aprobaron 61 nuevas drogas para tratar uno o más tumores, teniendo impacto en el tratamiento de 23 tipos diferentes de cáncer. Durante el año 2017, a nivel mundial, el gasto en medicina oncológica, tanto para tratamientos como para terapias de soporte, fue de \$133 billones de dólares, y se prevé que en los próximos cinco años esa cifra se incremente a \$180-200 billones de dólares⁵.

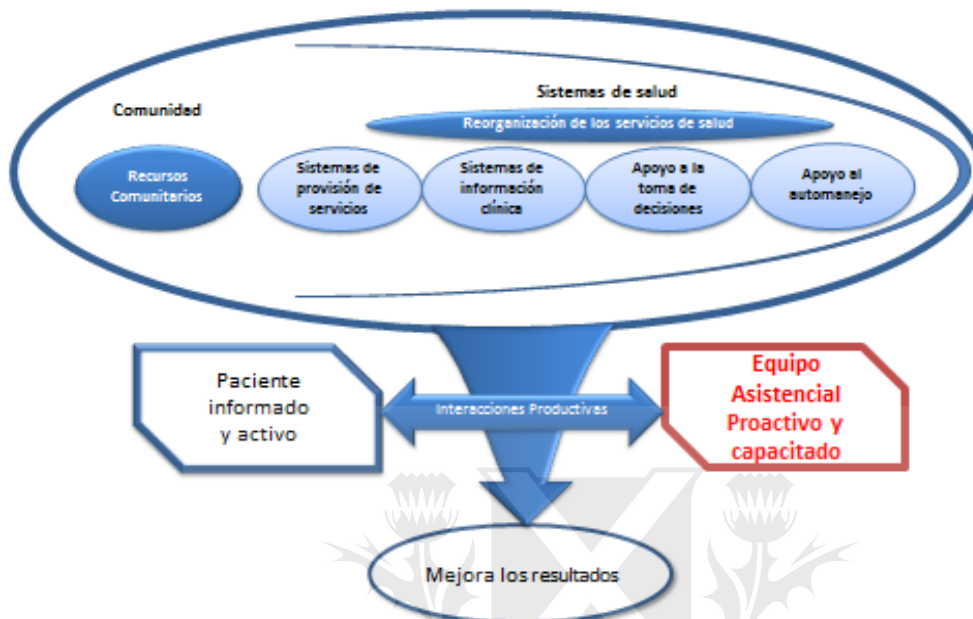
En este contexto, marcado por importantes intereses económicos y por la presencia de una industria farmacéutica con sus propias motivaciones y agenda, es menester el rol de rectoría que debe ejercer el Estado para regular y garantizar la implementación de una estrategia que promueva una equidad en la distribución de recursos y en el acceso a tratamientos de calidad.

Para alcanzar dicho cometido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene realizando recomendaciones a los sistemas de salud sobre la incorporación del modelo de atención de personas crónicas (MAPEC), descrito por Eduard Wagner, que propone un abordaje integral e integrado⁶.

⁵ Iqvia Institute for Human Data Science. Global Oncology Trends 2018. Mayo 2018. Disponible en: <https://www.iqvia.com/newsroom/2019/05/iqvia-institute-for-human-data-science-releases-global-oncology-trends-2019-study-record-number-of-c> Consultado el 29/5/2019.

⁶ Laspiur, Sebastián; Gonzalez, Gabriel. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC. 2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016.

Los componentes de este modelo se describen en el siguiente gráfico:



Fuente: Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - modelo MAPEC, Ministerio de Salud de la Nación a partir del rediseño del gráfico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, (2012).

Este modelo sirvió como base para la organización estructural del INC: contar con registros de cáncer de base hospitalaria y base poblacional, el desarrollo de programas de prevención, la elaboración de guías de práctica clínica, las recomendaciones para pacientes y la capacitación del recurso humano para abordar esta realidad. Este último punto es el motivo de análisis de este trabajo.

Porqué formar recursos humanos en áreas de la medicina vinculadas al cáncer.

Los cambios epidemiológicos están modificando los patrones de salud y enfermedad en la población. Particularmente las ECNT. El aumento de la expectativa de vida, además,

incrementa la demanda del uso de los sistemas de salud y su financiamiento debe ser contemplado por las autoridades sanitarias.

Ya en 1997 Frenk y Londoño planteaban que la población de América Latina enfrentaba una serie de presiones emergentes. El envejecimiento demográfico, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles. Ello ocurre en un contexto en el cual los países de la región no han terminado de resolver viejos problemas tales como, cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutive. La fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio de gastos, está provocando una carga financiera excesiva en la población⁷.

En este escenario, de por sí complejo, se insertan las ECNT (cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes) que concentraron el 53% de todas las defunciones en nuestro país. Puntualmente el cáncer viene constituyendo desde hace años la segunda causa de muerte. En 2015 se produjeron 62.635 defunciones por tumores malignos que representaron el 18,8% de todas las muertes⁸.

Los datos y la situación descripta permiten poner en evidencia la magnitud de la patología oncológica. En un escenario en donde la incidencia y la mortalidad van en aumento, el desarrollo de programas de entrenamiento cobra un rol preponderante para incluir en los sistemas de salud equipos de profesionales formados y adecuados para el tratamiento de esta enfermedad. La capacidad limitada de la fuerza de trabajo contribuye a las barreras en

⁷ Frenk, Julio; Londoño, Juan-Luis. Pluralismo estructurador: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del economista jefe. Documento de trabajo 353. Washington DC, 1997: 5,6.

⁸ Según datos de la IARC Regional Hub for Cancer Registration <http://globocan.iarc.fr>

el control del cáncer, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, en donde se debe poner énfasis en el desarrollo de programas de capacitación adecuados a todos los niveles para abordar los resultados relacionados con el cáncer⁹.

Asirwa *et. al.* (2015) sostienen que el desarrollo de un programa de capacitación en este área de *expertise* debe seguir los siguientes principios: se debe llevar a cabo en servicios que brinden atención asistencial; los tomadores de decisión deben estar involucrados desde el inicio en el proceso de planificación; debe contar con una estructura organizativa clara, con metas, objetivos y responsabilidades a cumplir por todos sus integrantes; debe adaptar su duración y amplitud a las necesidades locales, como así también garantizar la apropiación y participación local. Finalmente, el programa debe elaborar una estrategia que permita su sostenibilidad, monitoreo y evaluación.¹⁰

La formación de médicos es un proceso que guarda relación con dimensiones económicas, políticas e ideológicas. Al confrontarse múltiples actores sociales comprometidos con la formación, puede determinar distintos modelos de atención de la salud. Como cita Ribeiro (2003) “la configuración de los modelos y prácticas de la enseñanza médica en una sociedad determinada está, por lo tanto, social e históricamente definida”.¹¹

En este sentido las prácticas médicas con mayor densidad tecnológica son demandadas por los servicios de salud y por los mismos profesionales. El “deslumbramiento”, incentivado por el complejo médico industrial, que provocan las innovaciones tecnológicas y su incorporación en la indicación como método diagnóstico y/o de tratamiento, modifica la

⁹ Asirwa, F; Greist, A; Busakhala, N; Rosen, B; Loehrer Sr, P. Medical Education and Training: Building In-Country Capacity All Levels. *Journal of Clinical Oncology*; 2015:1

¹⁰ Asirwa *et. al.* Op. cit. Pág. 2

¹¹ Ribeiro, Eliana. La enseñanza de la medicina como campo de transformación en: Educación Médica en transformación. Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 2003. Tesis de doctorado. Cap. 1

relación con los proveedores de servicios que condicionan nuevos intereses, que inciden en las condiciones de trabajo y modifican, en algunos la relación médico-paciente¹² y un acceso equitativo en la atención.

En especialidades médicas como las vinculadas a la oncología, que atañen procedimientos de innovación tecnológica, tratamiento con drogas de alto costo, la presencia de una industria farmacéutica con sus propios intereses y agenda, el rol de rectoría de una política pública es central y no debiera separarse política de gestión. Dicho rol atañe, intervenir en la producción de evidencia científica para la elección de los tratamientos adecuados, la formulación de consensos, el trabajo de articulación con los distintos niveles jurisdiccionales, la colaboración con las sociedades científicas para acordar guías de prácticas y recomendaciones, por mencionar algunos de los principales ámbitos de injerencia. Si no se ejerce ese rol de rectoría, las recomendaciones y pautas de tratamientos, que involucran, entre otras, a drogas de alto costo, quedan librados a los intereses del mercado y a una poderosa industria farmacéutica.

Las estrategias de capacitación son una herramienta para ejercer el rol de rectoría, porque es el vehículo para desarrollar capacidades y motivar a los profesionales de la salud en sinergia con una política pública.

A pesar de ello la formación de profesionales de la salud es un requisito necesario, pero no suficiente para modificar prácticas o incorporar nuevas tecnologías/procedimientos. No es un camino de línea recta. Es necesario un trabajo de articulación intersectorial, de acuerdos, de mesas de gestión, de trabajo en red, que involucra a múltiples actores, que permitan establecer los escenarios y/o condiciones para implementar o garantizar la continuidad de

¹² Ribeiro. Op.cit.

prácticas.

Duré *et. al.* (2015) describen que, en el campo de los recursos humanos en salud, conviven dos espacios “el espacio de la educación (aquel en que las instituciones educan o forman a los futuros trabajadores de salud), y el espacio del trabajo en salud (aquel donde los trabajadores de salud realizan técnica y socialmente sus actividades). En la interacción compleja entre estas dos áreas, suceden otros procesos de gran importancia como son: el funcionamiento de los mercados de trabajo (dónde se desarrollan los procesos de empleo, relaciones laborales, sindicalización, etc.), y los procesos de profesionalización” (Rocha y Purcallas, 2006). La formación y la profesionalización de los trabajadores de la salud se dan en un país federal, con un sistema de salud fragmentado, que son el marco que estructura y determina, en una trama de libertades y obstáculos, la dinámica y los vínculos de los actores principales del campo de recursos humanos de salud¹³.

Las políticas de formación de especialistas en cáncer en la región.

Argentina es de los últimos países en la región en crear un organismo que este abocado a la formulación de las políticas y estrategias integrales contra el cáncer, tal como recomendara la 58° Asamblea de las Naciones Unidas a sus estados miembro en el año 2005.

Los institutos o iniciativas de control de cáncer estuvieron, en una primera instancia, nucleados en la Red de Institutos Nacional del Cáncer (RINC/UNASUR), que se estableció el 25 de julio de 2011, como una institución estructurante y operativa del entonces UNASUR Salud, y como tal tuvo prerrogativas y obligaciones definidas en los marcos

¹³ Dure, MI, Cadile, M (comp.) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Noviembre 2015: 28,31. Disponible en <http://www.msar.gob.ar/observatorio>

legales de la UNASUR. Se trató de una estrategia de articulación y cooperación entre instituciones públicas, de ámbito nacional con el objetivo de desarrollar y / o ejecutar programas para el control del cáncer en la región de Sudamérica y en los países de América Latina y del Caribe. Funcionó hasta el año 2018, cuando se disolvió la UNASUR.

Actualmente existen iniciativas en la región lideradas por la OPS y la OMS, destinadas a la formulación de programas de control de cáncer, y en el caso específico del cáncer cérvico uterino se están llevando adelante estrategias globales que tengan como fin la eliminación de esta patología como problema de salud pública.

En la siguiente tabla se detallan los organismos existentes y que políticas de formación de sus recursos humanos llevan a cabo:

Tabla N°1: Los institutos de cáncer de la región y su política de formación de recursos humanos.

Nombre del organismo	País	Año de creación	Dependencia	Característica	Capacitación de RRHH
Instituto Nacional del cáncer de Chile	Chile	1930	Establecimiento público de autogestión	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Instituto Nacional Cancerología	Colombia	1934	Instituto dependiente del Ministerio de Salud	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva	Brasil	1937	Instituto dependiente del Ministerio de Salud	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
National Cancer Institute	Estados unidos	1937	Instituto independiente dentro del Instituto Nacional de Salud (NIH)	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Instituto Nacional de enfermedades	Perú	1939	Organismo público ejecutor del Ministerio de	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede

neoplásicas			Salud		
Instituto Nacional de Cancerología	México	1946	Organismo descentralizado dependiente de la Secretaría de Salud	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Instituto Oncológico Nacional Juan Tanca Marengo	Ecuador	1951	Privado	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Comisión honoraria de lucha contra el cáncer	Uruguay	1989	Organismo público dependiente del Ministerio de Salud	No realizan tarea asistencial	En capacitación solo realizan cursos y jornadas. No forman RRHH en servicio.
Instituto Costarricense Contra el Cáncer	Costa Rica	1998	Bajo la rectoría de la Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede
Instituto Nacional del Cáncer	Argentina	2010	Instituto descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación	Órgano rector responsable de la formulación de políticas públicas	Forman RRHH a través de becas rentadas. La formación se hace en sedes con las cuales se firman convenios de colaboración
Instituto Nacional del Cáncer	Paraguay	No se encontró el dato	Instituto dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Realizan tarea asistencial	Forman RRHH en su propia sede

Fuente: elaboración propia a partir de información recolectada en los sitios web oficiales de los organismos mencionados en la tabla y consulta vía correo electrónico con los responsables de Docencia y Capacitación.

Como se observa, la mayoría de los organismos responsables del control del cáncer en la región dependen directamente de los ministerios de salud de sus países y realizan tareas asistenciales. La formación de los profesionales de la salud se lleva a cabo en los mismos institutos de cáncer donde se concentra la atención a los pacientes oncológicos en el ámbito de la salud pública, con estrategias de formación en servicio.

En Argentina hay solo dos instituciones asistenciales públicas monovalentes que atienden a pacientes con cáncer: Hospital Municipal de Oncología Marie Curie (fundado en 1931),

que depende de la Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el Instituto de Oncología A. H. Roffo (inaugurado en 1922), que depende del rectorado de la Universidad de Buenos Aires. Es importante aclarar que las instituciones monovalentes mencionadas no tienen la exclusividad de la atención del paciente oncológico. Los hospitales generales de alta complejidad, ya sean de financiamiento público, privado o de la seguridad social, cuentan con servicio de oncología para la atención y tratamiento de esta patología.

En el caso del modelo de capacitación adoptado para el Instituto de Cáncer de Argentina, al no ser un organismo asistencial, implica la incorporación de una diversidad de actores e instituciones, que complejizan la implementación del Programa de Capacitación. Y acentúan el rol de coordinación que el organismo debe asumir.

Estructura de la tesis.

En el capítulo 1 se hará una revisión de las particularidades de la formación de profesionales en el campo de la salud, como también una descripción del funcionamiento del sistema de salud argentino, las características de un sistema descentralizado y fragmentado, y los mecanismos de coordinación que, en este contexto, requieren las políticas públicas para su implementación.

Al final del capítulo se describirá la metodología implementada para analizar el desarrollo y la implementación del “Programa de Becas de capacitación de recursos humanos en cáncer” que se lleva a cabo desde el INC, analizando el período 2011-2017. Evaluar los resultados de la implementación del programa, como estrategia de capacitación, teniendo

en cuenta el proceso de institucionalización del reciente organismo, la percepción de los beneficiarios de la beca de capacitación y los coordinadores de programas del INC.

En el capítulo 2 se detallará la creación del INC en el año 2010 como órgano rector de una política pública, porque se determina que el cáncer se establezca como un problema de salud pública. En este contexto, es en el que se implementa como política de capacitación el Programa de Becas de Formación destinadas a profesionales en áreas vinculadas a la atención y tratamiento de la patología oncológica, que será objeto de análisis de esta tesis.

En el capítulo 3 se presentarán los resultados del desarrollo del Programa de Becas durante un período de 7 años, incorporando al análisis la perspectiva de los propios becarios que fueron parte del Programa, para determinar los aspectos que favorecen o dificultan la posibilidad de implementar lo aprendido en sus hospitales de referencia.

Por último, en el capítulo 4 se compartirán la discusión y las conclusiones.

Objetivos del estudio.

Los objetivos planteados para esta tesis fueron los siguientes:

Objetivo general:

- Evaluar la implementación del Programa de Becas de Capacitación del INC durante el período 2011-2017, como política pública de formación de recursos humanos en salud, que acompañan el avance y desarrollo institucional de las líneas programáticas del propio organismo.

Objetivos específicos:

1. Analizar el Programa de Capacitación del INC desde sus aspectos normativos y su rol en el desarrollo del organismo.
2. Describir los actores involucrados en la implementación de esta política de alcance nacional, y sus relaciones y aportes al Programa.
3. Caracterizar la población de los profesionales de la salud que acceden a una beca de formación en servicio financiada por el INC.
4. Analizar la perspectiva de los destinatarios de la capacitación en relación con las posibilidades de desarrollar lo aprendido en sus lugares de trabajo durante el período 2011-2017.

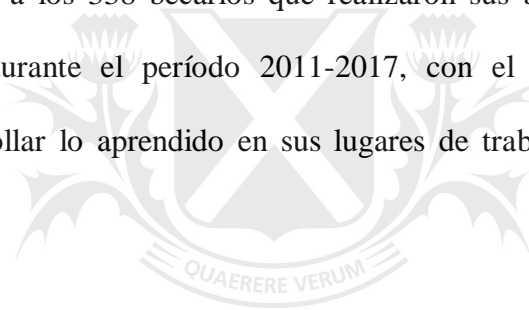


Universidad de
San Andrés

Capítulo 1. Encuadre teórico para el análisis de las políticas de formación de recursos humanos en salud.

En este capítulo se realizará una revisión de cómo se forman los profesionales de la salud, y cómo funciona un sistema descentralizado de salud en un país federal. En ese contexto se describirá cuál es el rol que juega la capacitación como política pública.

Al final del capítulo se describirá la metodología utilizada para analizar la implementación del Programa de becas capacitación del INC, desde la perspectiva de los becarios. Para ello, distribuyó una encuesta a los 338 becarios que realizaron sus becas de formación en el marco del Programa durante el período 2011-2017, con el objetivo de analizar las posibilidades de desarrollar lo aprendido en sus lugares de trabajo una vez finalizada la beca.



Universidad de

San Andrés

1.1. Las particularidades de la formación de recursos humanos en salud.

La formación de profesionales en salud es un tema complejo que abarca muchas aristas, porque en la formación intervienen multiplicidad de actores. Es un proceso que requiere entre 3 y 10 años y demanda una estructura institucional compleja. Su planificación, por ende, insta a pensar en políticas de largo plazo.

La formación y la enseñanza de la medicina, y de profesiones vinculadas a la atención de la salud (enfermeros, técnicos, profesionales de salud mental, entre otras) están atravesadas por transformaciones socioeconómicas, políticas, perfiles epidemiológicos cambiantes.

En medicina existen de manera preponderante dos enfoques que marcan los paradigmas en la formación en la educación médica: el enfoque “flexneriano” y “el crítico”, que recorren el determinante del proceso de salud-enfermedad de forma diferente¹⁴.

El enfoque flexneriano, se basa en el “Informe Flexner” (1910) elaborado por Abraham Flexner, educador norteamericano (1866-1959) quien impulsó la reforma de la educación médica en Estados Unidos y Canadá¹⁵. Las principales conclusiones que se desprenden de dicho informe son: la existencia de un exceso de formación de médicos mal capacitados, el número en demasía de escuelas de medicina, cuya proliferación responde a razones económicas y políticas, en lugar de enmarcarse en una planificación que atienda a las necesidades poblacionales y de distribución geográfica. A partir de dicho informe, el modelo de formación de médicos se organiza en torno a las ciencias básicas y adquiere el perfil de corte más academicista y fragmentado.

En contraposición, se encuentra el modelo “crítico”, que pone el énfasis en los aspectos económicos y políticos como determinantes del proceso de salud-enfermedad. En este sentido, se incorpora a las ciencias sociales en la problemática de la salud generando una corriente de medicina social en los años '70. Como describe Borrell (2004), se trata de una “elaboración de una nueva conceptualización biológica y social del proceso salud-

¹⁴ Borrell, Bentz, RM. La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Argentina: OPS/OMS; 2004: 27-28.

¹⁵ Flexner, A. Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching Boston. The Merrymount Press, 1910.

enfermedad que sostiene que este binomio guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta, que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica”¹⁶. Pero han sido pocas las experiencias educativas que han adoptado este enfoque de la medicina con misión social.

Borrell hace referencia a dos corrientes que encabezaron innovaciones en la educación médica: programas con currículas orientadas a la comunidad y programas orientados en la solución de problemas. Ya en el año 1994 se describió que de las 1350 de escuelas de medicina que existían en el mundo, solo 60 (lo cual representaba el 4,4%) eran escuelas con programas orientados a la solución de problemas. Hoy en día la aceptación de este enfoque educacional es mayor y tanto Argentina, como Chile y Brasil, tienen programas con este modelo educacional basado en la utilización de casos clínicos como organizador del curriculum y estrategia de enseñanza.

Los resultados reflejados por el “Informe Flexner” son los que dieron lugar a la implementación del modelo de formación médico que está vigente, que nos trae una medicina disociada.

La percepción de los estudiantes de medicina al egresar de facultades bajo la formación del paradigma *flexneriano*, es que se trata de una formación con “falta de la visión social de la medicina, escasa aproximación al funcionamiento del sistema de salud, falta de herramientas para establecer la relación médico-paciente y ausencia de formación humanística”¹⁷. Por su parte, los egresados de escuelas de medicina bajo la formación bio-

¹⁶ Borrell, B. op.cit. Pág 27

¹⁷ Rovere, Mario *et al.* Imaginarios y decisiones migratorias de los jóvenes profesionales de la salud; una perspectiva de análisis para la carencia de recursos humanos especializados en el subsector público. Estudio Exploratorio cuali-cuantitativo. Beca Carrillo- Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, 2013: 23,24.

psicosocial, destacan la mirada integral de la salud, el contacto con atención primaria, salud pública y las herramientas formativas en la relación médico-paciente., lo cual les permite relacionarse con los pacientes de manera más holística, contextualizando al sujeto de atención.

En ambos casos, en el informe multicéntrico elaborado por Rovere *et. al.* plantean una demanda de los estudiantes de medicina próximos a graduarse y los residentes que “el médico se forma en la práctica”, coincidente con el discurso de decanos de medicina, que la formación del médico se culmina durante el proceso de especialización¹⁸.

Luego de finalizar la carrera de grado, los médicos eligen seguir su formación profundizando en alguna especialidad. La oferta formativa adopta diversas modalidades: residencias, carreras de especialización, concurrencias, maestrías doctorados.

Las carreras de especialización, maestrías, doctorados son dictadas en Universidades o en entidades científico-profesionales (sociedades científicas, colegios médicos), y se centran especialmente en el desarrollo de contenidos teóricos. Es la forma más clásica de aprendizaje, la académica.

El sistema de residencias, por su parte, es un sistema de formación en servicio, y se desarrolla en las 24 jurisdicciones con diferentes fuentes de financiamiento¹⁹. Es la formación más jerarquizada por el sector salud como proceso de aprendizaje.

En esta modalidad de formación, el residente tiene la posibilidad de profundizar el aprendizaje en un ámbito real asistencial. Es de dedicación exclusiva y se accede por concurso público.

¹⁸ Rovere *et. al.* Op. Cit. Pág. 24.

¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. 1º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2014: 49,56.

Como definen en el documento citado y elaborado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación “la formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud”.²⁰

La curva de aprendizaje en medicina es compleja y lleva sus años de formación. Para el abordaje y resolución de patologías específicas, tal como es la oncología, entre otras especialidades, se requiere de profesionales que adquieran la habilidad de incorporar la perspectiva de la educación continua para desarrollar competencias profesionales.

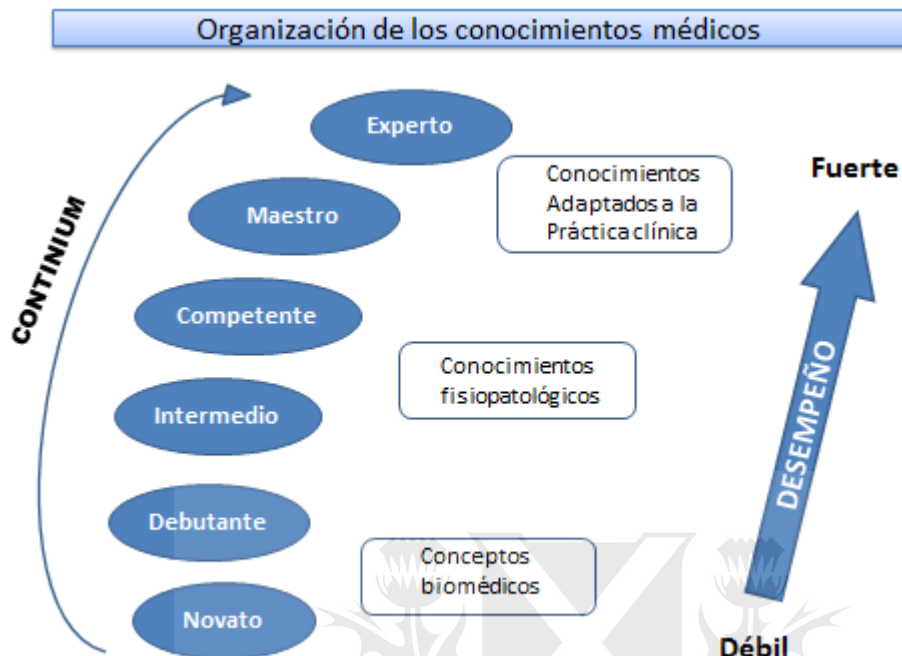
La evolución de los conocimientos médicos implica que el profesional transite una curva de aprendizaje tal que le permita aprehender los conceptos de manera integrada de modo que los pueda adaptar a la práctica clínica. Esta organización de los conocimientos médicos se da de manera progresiva, en un proceso continuo de aprendizaje guiado.

En el gráfico elaborado por Brailovsky (2006) se puede observar de qué manera se organizan los conocimientos médicos en los profesionales de la salud.

Universidad de
San Andrés

²⁰ Op.cit. pág 56

Gráfico N°1: Organización de los conocimientos médicos.



Fuente: Evaluación del aprendizaje, estrategias innovadoras. Brailovsky, C. Presentado en la reunión académica de la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud, Chile (2006).

Los sistemas de formación en salud promueven el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida. El sistema de residencias médicas (jurisdicción de los ministerios de salud) y los posgrados (jurisdicción de los ministerios de educación) son parte de ellos y se despliega en los ámbitos hospitalarios (regulados por los ministerios de salud) públicos y privados.

Las estrategias de capacitación desplegadas por parte de los programas de gobierno que apuntan a la reducción de problemas prevalentes y a mejorar la salud de la población, como el caso de este estudio, también se orientan desde la perspectiva de la educación continua.

1.2. La Educación Permanente en el marco de las políticas públicas.

Entendemos a las políticas públicas como las define Tamayo Saez (1997): como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el gobierno consideran prioritarios²¹.

En este sentido, volvemos a poner de manifiesto la necesidad del ejercicio de la rectoría por parte del Estado para favorecer la integración de políticas públicas de formación y educación permanente. Rectoría que conlleve a “promover y garantizar una estrecha coordinación y trabajo conjunto entre las instituciones que forman parte del Estado nacional, provincial o local, a fin de lograr políticas públicas de calidad, con capacidad anticipatoria, adaptativa e innovadora, que puedan ser sostenidas en el tiempo”²².

Uno de los encuadres existentes en la formación de los profesionales de la salud es la Educación Permanente de los recursos humanos, reconocida como una estrategia para transformar las prácticas de los servicios de salud. La educación permanente es una corriente de pensamiento que tuvo sus inicios la década del '70, difundida por UNESCO, donde se reconoce al adulto como sujeto de la educación (tradicionalmente centrada en el niño) y que amplía los ámbitos de aprendizaje y los ubica en contextos comunitarios y laborales a lo largo de toda la vida.

Señala Davini que gran parte del esfuerzo para lograr aprendizajes se opera a través de la capacitación, pero ésta también se desarrolla “bajo una variedad de condiciones institucionales, políticas, ideológicas y culturales, que anticipan y sobredeterminan el

²¹ Tamayo Sáez, M. El análisis de las políticas públicas. En R. Bañón y E. Carrillo (Comp.), La nueva administración pública. Madrid: Alianza Universidad; 1997.

²² Dure, María Isabel; Cadile, María (comp.) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2015: 270.

espacio dentro del cual la capacitación puede operar, sus límites y sus alcances”²³. Y estas condiciones hay que poder reconocerlas para evitar desvíos. Entre los que podemos mencionar la expectativa de pretender que un programa de capacitación pueda resolver con efecto inmediato soluciones que obedecen a otros factores, y la tendencia a actuar por programas y/o proyectos, con su lógica de inicio y finalización atada a su fuente específica de financiamiento, en lugar de elaborar estrategias educativas de largo plazo.

En el informe que elaboraron Roschke-Brito-Palacios (2002) señalan que a la capacitación se le pide que mejore el desempeño del personal, que contribuya a desarrollar nuevas competencias y que permita la aprehensión de cambios culturales en concordancia con las nuevas prácticas deseables en la atención de la salud. Sin una estrategia global y que sea sostenible en el tiempo, es difícil que estos aspectos se puedan desarrollar y permitan lograr cambios progresivos²⁴.

El Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos del INC de este estudio, se desarrolla con el objetivo de ser una formación en servicio, y con el desafío de ser sostenible en el tiempo para el logro de sus propósitos.

1.3. El sistema de salud en la Argentina.

Entendemos por sistema de salud a “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como

²³ Davini, María Cristina. Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/davini.pdf>

²⁴ Roschke, MA., Brito, P.,Palacios M.A. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. Manual del Educador. OPS/OMS, Serie Paltex N°44. Washington, DC, 2002.

una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”²⁵.

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por su fragmentación, su heterogeneidad, por su multiplicidad de actores, por desarrollarse en el marco de un país donde la salud está descentralizada. Está compuesto por tres subsectores que lo financian: público, privado y de la seguridad social. A su vez, está segmentado en distintos niveles jurisdiccionales nacional, provincial y municipal. El modelo de atención de la salud se lleva a cabo por niveles de atención.

Esta heterogeneidad de contexto tiene consecuencias en la formación de recursos humanos, atravesado por el modelo médico hegemónico preponderante, que se caracteriza principalmente por su “biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática”²⁶, convirtiéndose en las características dominantes de la biomedicina.

No será objeto de esta tesis analizar el proceso descentralizador por el cual atravesó la Argentina como consecuencia de la reforma constitucional de 1994, pero describir algunas características nos permitirá comprender la realidad sobre la cual se desarrollan las políticas de salud.

²⁵ WHO. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

²⁶ Menendez, Eduardo. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista Salud Colectiva, La Plata 1(1). Enero-abril; 2005:12.

En el marco de los procesos de Reforma del Estado que atravesó América Latina, en la década del '90 principalmente, la descentralización ha sido uno de los ejes centrales. “Puede definirse la descentralización como la transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial”²⁷.

La constitución formal argentina atiende como forma de organización territorial del poder el federalismo, que se refleja en la descentralización del mismo en unidades territoriales autónomas denominadas provincias, que tienen su propio marco de competencias y funciones.

Esta transferencia de responsabilidades puede analizarse desde la perspectiva de los procesos políticos, económicos y de gestión, o desde la perspectiva institucional que modifica su estructura político-institucional y su redefinición de dinámica de incentivos. En ambos casos, los mecanismos de coordinación intergubernamental asumen un papel clave.

Siguiendo a Cingolani, (2005) en el caso de las políticas de salud, la descentralización, en lo que refiere a diseños institucionales, vuelve evidente la interdependencia entre actores autónomos, como la descentralización del primer nivel de atención de la salud desde el gobierno provincial a los gobiernos locales.

La atención de la salud abarca al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población. El modelo de atención contempla la definición de los

²⁷ Cingolani, Mónica. Relaciones intergubernamentales y descentralización: el papel de los mecanismos formales y fiscales de coordinación en la institucionalización de procesos descentralizadores. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, 2005

criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico-sanitario, según su complejidad y tipo de prestación²⁸.

Para entender de qué hablamos cuando nos referimos a organización por niveles de atención, describimos a continuación su división²⁹:

- a) Primer nivel de atención. Es la puerta de entrada al sistema de salud y más cercano a la población. En este nivel se resuelven las necesidades de atención más básicas y frecuentes. Sus actividades están orientadas a promoción de la salud, prevención, algunos procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se llevan a cabo en establecimientos de baja complejidad como consultorios, centros comunitarios, centros de salud, salas de primeros auxilios.
- b) El segundo nivel de atención es en cual se pueden llevar a cabo prestaciones vinculadas a medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia. La asistencia se brinda en establecimientos hospitalarios.
- c) El tercer nivel de atención abarca las patologías complejas que requieren procedimientos especializados que demandan alta tecnología.

El tratamiento de una patología como la oncológica, se brinda mayoritariamente en los hospitales de alta complejidad, que corresponden al tercer nivel de atención. Pero las estrategias de tamizaje y diagnóstico oportuno, deberían desarrollarse en el primer nivel de atención, donde se lleva a cabo la prevención primaria.

²⁸ Tobar, Federico. La atención de la salud. Documento del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>

²⁹ Vignolo, J. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int vol.33 no.1 Montevideo abr. 2011. Disponible en: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

En Argentina, en las últimas décadas (desde 1955) se avanzó progresivamente hacia una salud pública descentralizada, con un traspaso de facultades y competencias a todas las provincias, minimizando el nivel central. A partir de 1978, se transfieren los hospitales del ámbito de la nación a las provincias, básicamente por motivos fiscales. Luego, en la década del '90, se acentúa el proceso de descentralización y se terminan de transferir los últimos establecimientos hospitalarios, siguiendo objetivos financieros por sobre requerimientos de política sectorial. En esto contexto, se observa una transferencia de hospitales de nación a las provincias, y de descentralización de las provincias a los municipios.

Cabrera Mendoza (2006) expresa que el proceso de descentralización en nuestro país “dio como resultado un nuevo equilibrio intergubernamental en la prestación de los servicios puesto que no solo se transfirieron responsabilidades a los gobiernos subnacionales, sino que en cierta forma, también se devolvieron facultades decisorias que les dieron cierto grado de autonomía”³⁰. En este caso, las facultades conferidas a las provincias, minimizaron el papel del gobierno federal en la política de salud, reduciéndolo a facultades de planeación, regulación y control. El Ministerio de Salud de la Nación quedó como una institución con responsabilidades de planeación indicativa, además de tener bajo su órbita el monitoreo del cumplimiento de los acuerdos internacionales. Fue también un desafío para el Ministerio pasar de ser un organismo con funciones de prestador a ser un ente regulador, que cohesiona políticas sanitarias para promover la equidad en el acceso a la salud.

El INC también funciona como un organismo regulador de políticas de salud en materia oncológica.

³⁰ Cabrero Mendoza, Enrique. De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales. Documento presentado en *el Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales*. BID, mayo 2006:11

Retomando a Cingolani, (2005), de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales, de ahí que suele afirmarse que se han generado 23 sistemas provinciales, en vez de un sistema nacional de salud³¹.

Los procesos descentralizadores implicaron también incluir la dimensión territorial de las políticas públicas, que hasta antes de la última reforma institucional, la visión centralista del Estado fue crítica particularmente en el caso de las políticas sociales.

Di Virgilio (2012) describe las ventajas que ofrece la descentralización, al representar una oportunidad para redistribuir poder político y aumentar la participación de los gobiernos subnacionales (provincias y municipios) en la identificación de prioridades, gestión de los recursos y toma de decisiones³².

Pero la descentralización, en la mayoría de los casos, demandó una carga presupuestaria que no siempre provincias y municipios pudieron afrontar por sí solos. La descentralización afectó de manera significativa a las políticas sociales de salud, educación y promoción social, implicando que el gasto social haya crecido para los gobiernos subnacionales, y, por lo tanto, sus dificultades en la gestión y priorización.

En los gráficos siguientes (Gráfico 2 y 3) se puede observar el aumento de la participación de los gobiernos locales en el financiamiento de la salud. Así como ascendió el gasto público destinado a políticas sociales (en el caso de salud el incremento fue para financiar

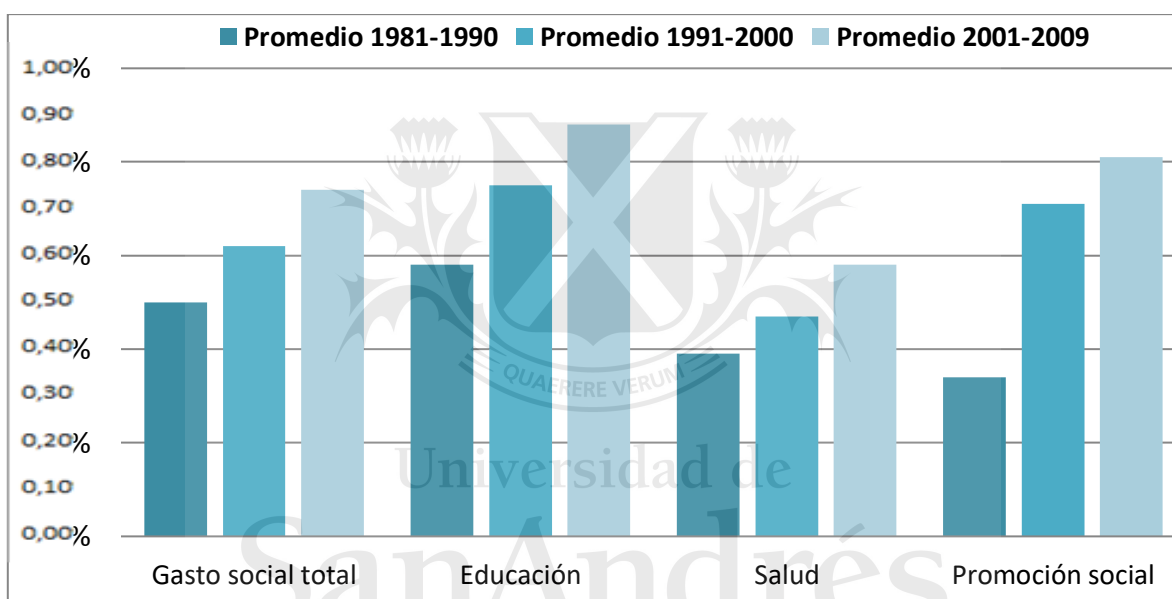
³¹ Cingolani. Op. Cit. Pág. 4.

³²Di Virgilio, María Mercedes. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. 1º edición. CIPPEC. Buenos Aires, 2012: 20.

el primer nivel de atención), también aumentó el nivel de dependencia a las transferencias que realizan los gobiernos provinciales o nacional a los municipios.

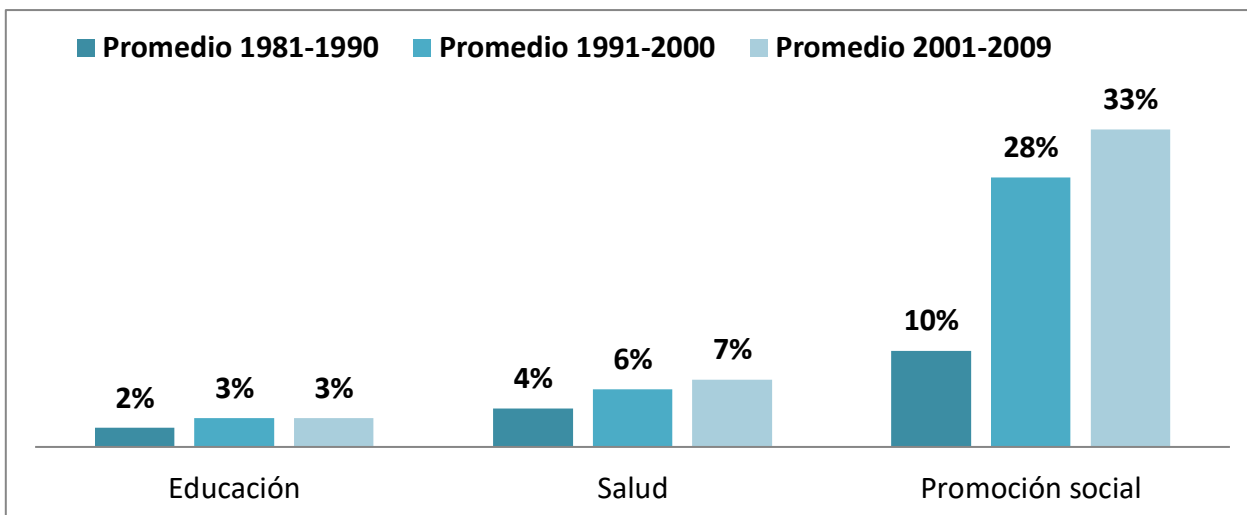
El impacto de la descentralización en el gasto público en salud.

Gráfico 2: Participación de los gobiernos subnacionales (provincias y municipios) en el gasto social (total, educación, salud y promoción social). Promedio 1981-2009 (en porcentajes).



Fuente: CIPPEC (sobre base de datos disponibles en la Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, Ministerio de Salud de la Nación).

Gráfico 3: Participación de los gobiernos locales en el gasto social (educación, salud y promoción social). Promedios 1981-2009 (en porcentajes).



Fuente: CIPPEC (sobre base de datos disponibles en la Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, Ministerio de Salud de la Nación).

Así como la descentralización trae la ventaja de permitir que los actores locales puedan tener la posibilidad de tener un rol activo en la formulación de políticas públicas más cercanas a las necesidades de su comunidad, si no intervienen en el diseño y solamente replican políticas de nivel nacional sin adaptación a la realidad local, traen como resultado políticas desarticuladas del contexto en el que se implementan y mayor fragmentación.

Las funciones y responsabilidades de los gobiernos locales crecieron a partir de la descentralización, pero los recursos para hacer frente no lo hicieron de igual manera.

1.4. La descentralización y los mecanismos de coordinación.

La región de América Latina se caracterizó por una fuerte centralización de las políticas gubernamentales durante la mayor parte del siglo veinte, a un modelo en donde se redefinió el papel del Estado, a partir de la implementación del *Consenso de Washington*. Este último período, caracterizado por privatizaciones y la descentralización de los servicios públicos,

implicó una nueva institucionalización. Cabrero Mendoza citando a Peters (2004) menciona que “la descentralización ha respondido a las ideas del *New Public Management* respecto a que los niveles locales y de cercanía con los usuarios de la administración pública pueden ofrecer soluciones más eficaces por contacto directo con los problemas. Pero la descentralización también se ha impulsado por la necesidad de una “gobernanza democrática” más participativa y cercana a la ciudadanía, un gobierno de proximidad que interactúe cotidianamente desplegando prácticas de democracia directa que doten de mayor legitimidad a la acción gubernamental. Así, tanto por fallas de eficacia, como por fallas de democracia, la descentralización ha constituido una orientación deseable en la agenda de políticas públicas. Sin embargo, cuando los avances en la descentralización vienen acompañados de nuevos problemas que derivan de una ineficaz articulación de las políticas públicas y de una pérdida de coherencia ante la débil capacidad de coordinación y cooperación entre actores y niveles de gobierno participantes, la tentación de “regresar al centro” se convierte en un argumento frecuente.”³³

En este contexto, la coordinación de políticas públicas es un proceso que adquiere relevancia de igual manera que la misma descentralización.

Las políticas sociales, y éstas incluyen las políticas de salud, “han tenido que pasar de una visión centralizada en su diseño y uniforme en sus mecanismos y formas de implementación, a ser hoy en día una constelación de iniciativas, algunas provenientes del gobierno central, otras de las regiones y provincias, otras del ámbito municipal, y otras de diversas organizaciones no gubernamentales.”³⁴

³³ Cabrero Mendoza, E. Op. Cit. Pág. 3

³⁴ Cabrero Mendoza. Op. Cit. Pág. 2

La coordinación aparece entonces como un elemento nodal en la hechura de las políticas públicas. La coordinación no se puede imponer, es “un constructo organizacional e institucional”, que requiere de ajustes constantes, de establecer acuerdos, de contrapartes flexibles. Es en este sentido que Cabrera Mendoza afirma que “todo lo que los planes, programas y estructuras formales no pueden prever, lo termina resolviendo la función de coordinación”³⁵.

Licha y Molina (2006) definen a la coordinación de políticas como un proceso que es técnico y político a la vez, que se orienta a articular políticas para favorecer el alcance de objetivos estratégicos. No se la debe concebir como un fin en sí misma, sino como un instrumento que sirve para lograr la consistencia e integralidad de las políticas en ámbitos de intervención intersectorial e intergubernamental³⁶.

Repetto (2000), por su parte, menciona que los problemas de coordinación en el ámbito de las políticas públicas requieren, para ser enfrentados con algún grado de éxito, “una cierta armonía institucional formal e informal, en el sentido de que las reglas que deben estructurar el “juego de la coordinación” deben tener algún grado importante de confluencia a efectos de no generar incentivos totalmente incoherentes”.³⁷

El diseño y la implementación de políticas públicas no se dan en abstracto, sino que tienen su anclaje en instituciones específicas, que se forjan para lograr determinados comportamientos y, en la medida de lo esperado, logro de resultados.

³⁵ Cabrera Mendoza. Op. Cit. Pág. 5

³⁶ Licha, I.; Molina, C. Coordinación de la Política Social: criterios para avanzar. Documentos de trabajo del INDES. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Documentos de trabajo I58, 2006:1

³⁷ Repetto, F. La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: Una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina. Biblioteca virtual TOP, 2000:4

Al decir de Acuña y Repetto (2007), “la composición de la agenda, la formulación de alternativas de acción, las decisiones de gobierno, la implementación de estas decisiones, la evaluación del proceso y sus impactos, y los futuros cursos de acción, son todos momentos críticos objeto de disputas de las que participan distintos actores”.³⁸ Cada uno de estos actores tiene sus intereses, concepciones ideológicas y maneja sus propios recursos de poder. Las instituciones, donde tienen lugar estas dinámicas, son el ámbito para resolver problemas de acción colectiva y donde los actores involucrados pueden realizar sus intereses.

Compartimos la acepción de instituciones y de actores que exponen los mencionados autores, en la cual entienden a las instituciones como el conjunto de reglas que estructuran los incentivos para los intercambios y el accionar de los actores. Apuntan a resolver problemas de coordinación como conflictos distributivos. Mientras que los actores son los “sujetos individuales o colectivos con capacidad de acción estratégica, lo que implica la capacidad de identificar intereses, definir objetivos en función de los mismos, diseñar un curso de acción para alcanzar estos objetivos y contar con relativa autonomía para implementar dicho curso de acción”.³⁹

Como se menciona al inicio de este apartado, toda la región de América Latina estuvo atravesada por un proceso de descentralización iniciado en los ochenta y profundizado en los noventa. En el caso de Argentina se empieza a consolidar como consecuencia de la reforma constitucional de 1994, que otorga autonomía a las provincias y a los municipios.

Aunque no es un proceso ni lineal ni automático.

³⁸ Acuña, C.; Repetto, F. Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina. Documento de trabajo de la Red de Pobreza y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo. 2007:6

³⁹ Acuña, C.; Repetto, F. Op. Cit. Pág 8

Por su parte, Di Virgilio (2012) señala que “los municipios asumieron cada vez más responsabilidades en el entramado institucional argentino hasta convertirse en los principales receptores gubernamentales de las múltiples demandas sociales”.⁴⁰

La constitución argentina organiza su territorialidad de poder bajo la forma del federalismo, esto es la descentralización en unidades territoriales autónomas que son las provincias. El federalismo, como forma de estado, es el grado más elevado de descentralización política y jurídica.

Los principios sobre los cuales se asienta la relación federal son: solidaridad (sentirse parte de un todo con otras comunidades), participación federal (todos los sujetos de la relación federal tienen derecho a tomar parte en la elaboración de las decisiones de la comunidad federal) y subsidiariedad federal (una estructura social de orden superior no debe interferir en la vida interna de un grupo social de orden inferior, sino que debe ayudarle a coordinar sus acciones con miras al bien común).⁴¹

Si bien en nuestro país conviven distintos órdenes institucionales y diversos centros de poder, las provincias no pueden ser consideradas como algo ajeno al Estado Nacional. La Argentina presenta una realidad con marcados desequilibrios, en donde solo en 5 de las 24 jurisdicciones del país se genera el 85% del producto bruto interno, menos del 2% de la inversión privada de las empresas más grandes del país se canaliza a las provincias más rezagadas, y el 65% de las exportaciones corresponden solo a tres provincias. Esta situación da cuenta que el federalismo es más un ideal que una realidad. En términos de acceso a la

⁴⁰ Di Virgilio, M. Op. Cit. Pág. 18

⁴¹ Basado en Documento de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Cap. 4: Estructura y Funcionamiento del Estado. Disponible en Untref virtual

salud, los indicadores son un reflejo de las inequidades en la discusión de la riqueza a nivel federal.

Descentralizar supone transferir la responsabilidad decisoria a un nuevo centro de poder, que desarrollaría el servicio público, su gestión y control cerca de la población y alentando una participación ciudadana. Pero quienes entienden la descentralización como un fracaso, como ser el caso de Cao y Vaca (2006), argumentan “que no se han generado los mecanismos virtuosos de participación y control ciudadano que, a su sombra, se pensaban desatar.”⁴² Dichos autores continúan afirmando que a lo largo del proceso descentralizador, las Administraciones Públicas Provinciales recibieron desde Nación nuevas funciones o ampliación de tareas que venían realizando. Por lo que la descentralización significó desarticular históricas redes que sirvieron para garantizar la cohesión nacional. Tal fue el caso específico de salud, educación e infraestructura.

Este es el contexto y el escenario en el cual se implementan y gestionan las políticas públicas de salud en nuestro país. Como describen Chiara y Jimenez (2007), los modos de gestionar, en estos contextos federales, ponen de manifiesto las tensiones que se presentan en el centro mismo de las dinámicas. Puntualmente la organización del sistema de salud está condicionada por tres factores complejos: las condiciones del régimen de implementación, el entramado de actores, y las condiciones del territorio (en términos de dotación de infraestructura, características de la población, entre otros)⁴³.

⁴² Cao, H.; Vaca, J. El fracaso del proceso descentralizador argentino. Una aproximación desde la crítica a sus supuestos conceptuales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. Universidad Complutense de Madrid, 2006:14

⁴³ Chiara, M., Jimenez, C. Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento. Ponencia presentada al XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, 2007:3.

En el marco de esta complejidad a que ha dado lugar la descentralización en un sistema federal y la multijurisdiccional (nación, provincias y municipios) que la atraviesa, se implementan los programas nacionales de salud. La diversidad de instituciones y actores no sólo involucra a los distintos niveles de gobierno, sino que participan del entramado de su diseño e implementación las propias instituciones de salud, las sociedades científicas y la academia, atravesadas por sus lógicas y las del mercado.

1.5. La evaluación de Programas.

Partimos de la premisa que la implementación de cualquier programa de intervención crea su propio entramado de actores. Y los actores que permiten llevar a cabo una política de formación de RHS serán tenidos en cuenta en este análisis, sobre todo considerando que fue un objetivo de esta investigación poder identificar las posibilidades, o no, de implementar, por parte de los beneficiarios del programa, lo aprendido durante la beca en sus hospitales de referencia.

A su vez, por tratarse de una evaluación de programas, como es descrita por Nirenberg (2000), esa tesis se concibe como “una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura”⁴⁴

⁴⁴ Nirenberg, O.; Brawerman, J. y Ruiz, V. Evaluar para la transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Vol. 8 Editorial Paidós. Buenos Aires, 2000: 32.

Sin embargo, esta evaluación no se hace en abstracto. La evaluación también incluye en sus dimensiones, una *perspectiva política*, convirtiéndose en un elemento clave para que los representantes políticos comprueben que la administración está ejecutando las tareas que se le han asignado⁴⁵. Al incluir el carácter político de la evaluación, Bañon citando a Weiss (1973), describe que hay que tener en cuenta tres consideraciones: que las políticas y programas que se evalúan son resultados de decisiones políticas; que la evaluación se realiza para retroalimentar el proceso de la toma de decisiones y, por ende, entra en la arena política; y que la evaluación en sí misma adopta una postura política al exponer implícitamente cuestiones como la problemática o necesidad de algunos programas, la legitimidad de las estrategias y objetivos⁴⁶.

Para determinar la efectividad de un programa de capacitación, se han desarrollado múltiples modelos⁴⁷. Al modelo que mayor referencia hace la bibliografía es al de Kirkpatrick, que fue diseñado inicialmente para ser usado en fábricas y empresas, e, incluso, en el entrenamiento militar. El modelo identifica cuatro niveles en los cuales pueden evaluarse los resultados de una capacitación⁴⁸:

- Reacción: evaluar como los participantes reaccionan frente al programa de capacitación. Generalmente se hace aplicando una encuesta de satisfacción al final.

⁴⁵ Bañon, R.(comp.). La evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas. Diaz de los Santos. Madrid, 2003:14.

⁴⁶ Bañon, R.(comp.). Op. Cit. Pág 16.

⁴⁷ Ver O'Mailley et. al. A framework for outcome-level evaluation of in-service training of health care workers. Human Resources for health, 2013 donde hace mención al análisis de 70 artículos publicados sobre evaluaciones de capacitación en servicio

⁴⁸ Kirkpatrick, Donald; Kirkpatrick, James. Evaluating Training Programs. The four levels. Berett-Koehler Publishers INC. San Francisco, 2006: 21-25.

- Aprendizaje: evaluar como los participantes, al incorporar lo aprendido, cambian sus habilidades.
- Conducta: evaluar los cambios de conducta ocurridos a partir de haber participado de la capacitación.
- Resultados: evaluar los resultados finales que ocurren porque los participantes realizaron la capacitación (ej. disminuir los errores de medicación, aumentar el número de ventas).

1.6. Metodología.

El presente trabajo constituye un estudio de caso, que combina estrategias cuantitativas y cualitativas, a partir del análisis de fuentes primarias y secundarias, tomando en cuenta dos grandes ejes:

1. El primero, la sistematización y análisis del desarrollo del Programa desde su creación y avance en su formalización en la estructura institucional, mediante el análisis de documentos, normativas y entrevistas a informantes claves de los programas del INC;
2. y el segundo, el análisis de las trayectorias laborales de los becarios involucrados, en tanto actores destinatarios de la capacitación y potenciales agentes de cambio en sus lugares de trabajo.

Para ello, las fuentes de información utilizadas fueron:

Fuentes secundarias:

- normativas, resoluciones ministeriales, y disposiciones vinculadas con el funcionamiento del INC.
- Convenios marco y específicos, que se establecieron con las provincias, con las sedes formadoras y con los becarios.
- Informes técnicos de la Coordinación de Formación de Recursos Humanos.
- Documentos grises (de circulación interna) acerca de lineamientos para la planificación de las acciones de capacitación.

Fuentes primarias:

- Cuestionarios implementados a los destinatarios del Programa de Becas de Capacitación.
- Entrevistas a coordinadores de áreas programáticas del INC.

Para la sistematización y análisis del Programa de Becas de Capacitación se consideraron las dimensiones de viabilidad técnica y política para su implementación.

Entendemos la viabilidad técnica, según la definen Perrone y Niremberg (2002)⁴⁹, como las acciones que tienen como objetivo poner a disposición los recursos para la concreción de las acciones. En el caso de la viabilidad política, a las acciones que permiten la adhesión por parte de las autoridades y profesionales involucrados. Se trata de la constelación de fuerzas que apoyaron la propuesta, los intereses en juego y sus diferentes lógicas.

En el caso de la viabilidad técnica se refiere a analizar el contexto y los procesos que permitieron llevar el Programa de capacitación. Se tomó en consideración el análisis de las siguientes fuentes de información:

⁴⁹ Perrone, N. y Niremberg, O. Formulación de Proyectos. Ed. Mimeo. Buenos Aires, 2002.

- Las especialidades de formación priorizadas por cada línea programática del INC para fortalecer su estrategia de trabajo en los servicios de salud.
- La capacidad formadora de los tutores y sedes formadoras involucradas para la capacitación.
- El presupuesto asignado para la realización del Programa de Becas.
- Encuestas a los beneficiarios del Programa.
- Informes técnicos y memorias institucionales del INC.

En el caso de la viabilidad política se tomó en cuenta las siguientes fuentes de información para explorar la construcción de consensos:

- la firma de convenios con las jurisdicciones.
- La existencia de la figura de un referente provincial designado.
- Los avales institucionales para que los becarios puedan realizar su beca de capacitación.

Se realizó un análisis de contenido descriptivo, en donde la sistematización de la experiencia, el ordenamiento y clasificación de la información, permitieron reconstruir lo sucedido para realizar una interpretación crítica del proceso.

Se trata también de una investigación que incluye aspectos cualitativos, entendiendo a dicha investigación como la considera Mason (1996) al combinar una variedad de estrategias y técnicas. La investigación cualitativa está fundada en una posición filosófica que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado y comprendido; como así también está basada en la generación de datos flexibles y sensibles al contexto

social en el que se producen, y es sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto⁵⁰.

Por su parte, Maxwell (2004) entiende que entre los rasgos más característicos de la investigación cualitativa se encuentran el interés por el significado, la interpretación y el énfasis sobre la importancia del contexto y los procesos⁵¹.

Uno de los fines de la investigación cualitativa es comprender un contexto particular en el que los participantes actúan y la influencia que ese contexto ejerce sobre sus acciones⁵².

En la tradición cualitativa, los estudios de casos acompañan los procesos de sistematización de diseños de investigación y los entendemos como un determinado fenómeno ubicado en tiempo y espacio. Como define Dooley (2002), los estudios de caso tienden a focalizar en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y conceptual⁵³.

Características de la encuesta a beneficiarios del Programa.

Para evaluar el resultado del Programa de Becas de Capacitación, se aplicó un cuestionario a los beneficiarios, a los 6 meses de finalizada cada edición del Programa de becas del INC, que indaga cuáles son los aspectos que identifican como obstáculos o facilitadores para implementar lo aprendido durante la beca al regresar a sus hospitales de referencia. En este caso, las dimensiones de análisis incluyen su nivel de inserción institucional, la relación de

⁵⁰ Vasilachis de Giladino, Irene (comp.). Estrategias de investigación cualitativa. Ed. Gedisa. Barcelona, 2006:25.

⁵¹ Vasilachis. Op. Cit. Pág. 26

⁵² Vasilachis. Op. Cit. Pág. 31.

⁵³ Vasilachis. Op. Cit. Pag. 220.

su trabajo y de los aprendizajes realizados en el programa de capacitación, y los recursos y/o insumos afectados al tratamiento del cáncer.

Para conocer la perspectiva de los beneficiarios del Programa, en una primera etapa, se distribuyó un primer modelo de cuestionario de preguntas abiertas, a los 159 becarios que realizaron sus becas entre los años 2011-2014. La tasa de respuesta fue del 93,70% (149 becarios). Fueron 13 preguntas cualitativas de respuesta de opción abierta porque en esta etapa nos interesó conocer la voz de los actores y que no hubiera sesgo que limitase las respuestas brindadas. Estas respuestas abiertas del cuestionario fueron codificadas para su tabulación y análisis posterior. Luego se procedió a identificar los conceptos claves, y de manera deductiva, se los agrupó por categoría al que se les asignó un nombre en base a las dimensiones del estudio y la bibliografía existente sobre esta modalidad de evaluación⁵⁴.

Luego de analizar los resultados de las encuestas, se identificaron las categorías de problemas que permitieron la elaboración y diseño del cuestionario e instrumento de recolección definitivo. En esta oportunidad, el cuestionario fue con preguntas de respuesta cerrada de opción múltiple. Estas opciones fueron elaboradas en base al proceso de análisis que determinó como categorías válidas los conceptos claves identificados en el 1° cuestionario de respuestas abiertas. Fue distribuido a 180 becarios que realizaron su capacitación entre los años 2015-2017. La tasa de respuesta fue de 90,55% (163 becarios).

En esta tesis, se procederá a sistematizar, para su análisis, la totalidad de las encuestas desarrolladas.

⁵⁴ Hsieh, HF, Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 2005; 15(9):1277-88. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> Source: PubMed

Los cuestionarios se elaboraron en formato autoadministrado a través de la herramienta Google Form y se distribuyeron por medio de las direcciones de correo electrónico proporcionadas por los becarios participantes del Programa. Se realizaron dos insistencias en cada envío del formulario durante un período de 1 mes. Para el análisis de los resultados se usaron planillas de cálculo Excel.

El total de los becarios que realizaron el Programa de Becas entre los años 2011 y 2017 fue de 346 profesionales. Los cuestionarios fueron distribuidos a un total de 338 becarios (no se tuvo en cuenta a los becarios que, si bien realizaron su beca de manera completa, no la han aprobado y quienes han fallecido al regresar a sus provincias).

Dimensiones de análisis:

1. Si el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, se encuentra trabajando en el sector público (ya que una de las premisas para el otorgamiento de la beca es que su lugar de trabajo se desarrolle en el ámbito de la salud pública).
2. Conocer si el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, continúa ejerciendo su práctica profesional vinculado a la especialidad en la cual realizó la beca, para poder evaluar en qué medida las acciones implementadas permiten dejar algún tipo de capacidad instalada.
3. Si el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, aún sigue trabajando en su provincia de origen.
4. Si al regresar a su hospital de referencia, el becario pudo comenzar a implementar lo aprendido.
5. Que el becario pueda identificar cuáles fueron los aspectos que favorecieron o dificultaron la implementación de la capacitación recibida.

Capítulo 2. El caso de análisis: Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer del INC de 2011 a 2017.

En este capítulo se presentará en detalle el desarrollo institucional del Programa y cómo fue evolucionando a medida que las líneas programáticas del INC se fueron estableciendo y articulando sus estrategias de intervención, entre las que se encontraba para el cumplimiento de sus objetivos, la capacitación del RHS.

El período de análisis en este caso abarca los años 2011-2017, donde se capacitaron 346 profesionales en 31 especialidades diversas, provenientes de servicios hospitalarios de todo el país.

La evolución y afianzamiento de todos los programas del INC incluyó la incorporación de nuevos actores, a los que haremos referencia.

2.1. La creación del Instituto Nacional del Cáncer como política pública de salud.

En Argentina se crea en el año 2010, por decreto presidencial N°1286/2010, el INC, primero como organismo desconcertado bajo la órbita del entonces denominado Ministerio de Salud de la Nación, y luego como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional a partir de la Ley Nacional 27285 del año 2016, en jurisdicción del ahora Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Su objetivo, como organismo rector a nivel nacional, “será dirigir y apoyar la investigación, capacitación y distribución de la información médica, así como otros programas relacionados con las causas, diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer”.

Su objetivo general es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la

vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Sus objetivos específicos:

- Colaborar en el diseño y la implementación de estrategias de promoción de la salud, detección temprana y tratamiento del cáncer.
- Promover la inclusión de programas de prevención y control del cáncer en las diferentes jurisdicciones y fortalecer los recursos necesarios para su implementación.
- Fomentar la calidad e igualdad de la asistencia en el paciente con cáncer.
- Fortalecer la prevención de factores de riesgo.
- Propiciar un marco a través del cual se facilite y promueva la producción científica en materia oncológica.
- Articular esfuerzos frente al cáncer en el marco internacional mediante el intercambio de experiencias, capacidades y esfuerzos destinados al control del cáncer.
- Mejorar el sistema de información y registro epidemiológico.
- Promover la formación de recursos humanos especializados.
- Incentivar la investigación en cáncer.

El INC es el único instituto de la región que, dentro de sus funciones, no incluye la asistencia directa de pacientes, como se pudo observar que sí lo hacen los organismos similares de Latinoamérica. Se trata de un organismo rector en la formulación de políticas públicas, con el objetivo principal de disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Como ya se hiciera mención, en el año 2005 durante la 58° Asamblea Mundial de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a sus Estados Miembros a fortalecer las

políticas y estrategias integrales contra el cáncer, mediante la elaboración de programas de control y/o el fortalecimiento de los ya existentes. Entre otros puntos, se solicitó a los países “que fomenten y formulen políticas tendentes a reforzar y mantener los equipos técnicos de diagnóstico y tratamiento del cáncer en los hospitales que presten servicios oncológicos y otros servicios pertinentes”.⁵⁵

Para ello se elaboró un documento donde se dejaron establecidos los cuatro componentes del control del cáncer: prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento, y cuidados paliativos.

Argentina es el último país de la región en crear un organismo o agencia dedicado con exclusividad a la elaboración de políticas públicas de control del cáncer. Hasta el momento de la creación del INC, existía dentro de la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (creada por Resolución Ministerial N°719/2009) dentro de la Subsecretaría de Promoción y control de riesgos; el Programa Nacional de Control del Tabaco (aprobado por Resolución Ministerial N° 1124/2006); y el Programa Nacional de Control de Cáncer Cérvico-uterino que comienza a desarrollar acciones en el año 2008 (y formaliza su creación por Resolución Ministerial N°1261/2011) bajo la entonces Subsecretaria de Salud Comunitaria. Este Programa luego pasó a continuar su desarrollo bajo la dependencia del INC, al traspasar su ejecución presupuestaria, sus líneas de trabajo y equipo técnico.

El objetivo de este estudio no es determinar cómo, cuándo o porqué el cáncer se transformó en una Cuestión (*issue*) que lo convirtió en un problema público que se incorporó a la agenda gubernamental, pero sí introducir algunos elementos que permitan entender porqué

⁵⁵ Resolución sobre prevención y control del cáncer OMS 58° Asamblea Mundial del Salud
http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-sp.pdf?ua=1

se crea el INC como una política pública de salud.

Si como mencionamos en párrafos anteriores entendemos a las políticas públicas, como las define Tamayo Saez, como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el gobierno consideran prioritarios, el cáncer, por su envergadura, es un tema de salud pública. Se trata de la segunda causa de mortalidad en la población adulta. En Argentina presenta una tasa de incidencia (nuevos casos) de 212 casos cada 100.000 habitantes (considerando ambos sexos y todos los tumores a excepción de piel no melanoma), cifra que la posiciona dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta⁵⁶. Y el tratamiento de la patología demanda altos costos para el sistema de salud y requiere de profesionales de la salud debidamente formados.

Compartimos con Cadile (2010) cuando afirma que “dado que la salud de un país depende, entre otros factores, de la situación de sus servicios de salud, de la cantidad y calidad de los recursos humanos y de la equidad en la distribución de la atención, resulta de vital importancia la implementación de políticas públicas que se orienten a la protección de la población más vulnerable”⁵⁷.

Gestionar RHS, implica reconocer que confluyen dos espacios: el de la formación y el del trabajo. Y como citan Duré *et. al.* a Rocha y Purcallas (2006) “toda vez que el trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social, que requiere de un equilibrio entre los derechos y las responsabilidades de los trabajadores y los ciudadanos, el Estado

⁵⁶ Datos estimados por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC) para Argentina disponibles en la web del INC <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

⁵⁷ Cadile, María del Carmen. La construcción de una respuesta académica. Diez años de cooperación técnica entre la Maestría en Salud Pública y el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Tesis de Maestría. Salud pública. Universidad de Buenos Aires, 2010: 13.

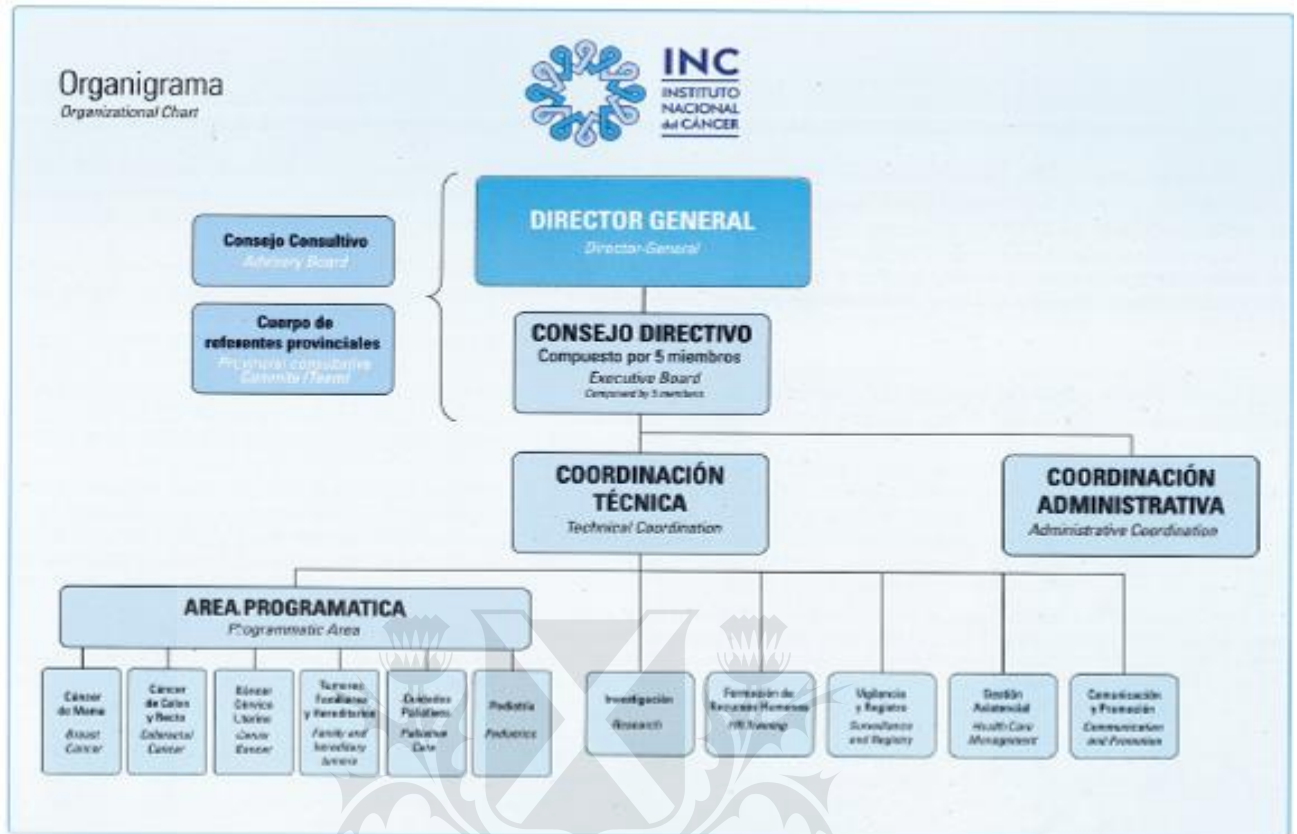
interviene como un actor complejo que participa a su vez en la formación y en la regulación de las prácticas, propias y del resto de los actores sociales”⁵⁸

Entre los principales actores de este campo sobresale el Estado que participa asumiendo diversos roles: como formador, como empleador y como regulador de las prácticas. Entender que existen estos roles permitirá comprender la importancia de la rectoría y la concertación de políticas públicas intersectoriales. Y es menester destacar, como lo hicimos en párrafos anteriores, el rol de rectoría que un organismo como el INC debe tener en un campo marcado por los conflictos de interés, por el rol que determina la industria farmacéutica en tratamientos de alto costo, por la puja en la sobreespecialización de nuevas prácticas médicas. El rol de rectoría implica indicar pautas de tratamiento, qué esquemas de medicación deber ser señalados por los profesionales de la salud, qué nuevas prácticas o tecnologías deben ser incorporadas, la capacitación de los profesionales de la salud para la atención en esta subespecialidad médica y establecer la agenda de investigación en temática oncológica. La formación como política de Estado es para que, o bien no se produzca desatención en la patología, o evitar costos exagerados impulsados por intereses de otros actores intervinientes. Tal el caso de la industria farmacéutica.

Al crearse el INC en el año 2010, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, dependiendo directamente del Ministro, su estructura funcional fue la que se refleja en el organigrama que se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico N°4: Organigrama del INC. Año 2012.

⁵⁸ Dure, MI, Cadile, M (comp.) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Noviembre 2015: 29. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/observatorio>



Fuente: Memoria del Instituto Nacional del Cáncer. Año 2012.

En esa estructura inicial, correspondiente al período 2010-2018, que es el lapso de tiempo de análisis de esta tesis, el INC contaba con un Director General, un Consejo Directivo (compuesto por 5 miembros), un Coordinación Administrativa (de quien dependían las áreas contables, legales e informática) y una Coordinación Técnica. De esta última coordinación dependían las áreas sustantivas: denominadas Áreas Programáticas, donde se alojaron los Programas de Control de Cáncer (cáncer de mama, de colorrecto, de cérvico-uterino, heredo-familiares, pediátricos y cuidados paliativos), Coordinación de Investigación, Coordinación de Vigilancia y Registros, Coordinación de Comunicación y Coordinación de Formación de Recursos Humanos. De esta última, dependía el “Programa

de becas de capacitación de recursos humanos en cáncer”. Como se puede observar en este diseño estructural del INC se tuvieron en consideración los componentes del modelo MAPEC planteado por la OPS (al cual se hizo referencia en la pag. 14).

Entre los años 2011 y 2016, en el ámbito del INC, se crearon por Resolución Ministerial los diferentes Programas que determinan los principales lineamientos del organismo:

- Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en cáncer, año 2011.
- Programa Nacional de control de cáncer cérvico-uterino, año 2011.
- Programa Nacional de control de cáncer de mama, año 2013.
- Programa Nacional de control de cáncer colorrectal, año 2013.
- Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer, año 2016.
- Programa Nacional de cuidados paliativos, año 2016.
- Programa Nacional de tumores familiares y hereditarios, año 2017.

Spinelli (2016) acerca elementos para pensar sobre la cultura de la planificación por programas que se tiende a adoptar en el ámbito de la salud. Los programas sociosanitarios llevan más de 50 años, y en los ministerios de salud, éstos se multiplican siguiendo la anatomía del cuerpo humano (sistemas, órganos ó partes de un órgano) o se centran en determinadas enfermedades⁵⁹.

Al momento de la creación del INC, el entonces Ministro de Salud de la Nación en el Consejo Federal de Salud (COFESA) le solicitó a los Ministerios de salud provinciales que designasen un “Referente Provincial” en temas de cáncer. Esta designación, que se hizo en

⁵⁹ Spinelli, Hugo. Volver a pensar en salud: programas y territorios. Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires: 2016:12: 156.

nota formal firmada por cada Ministro de Salud provincial, estableció la figura de un interlocutor válido para dar inicio a las acciones que se comenzarían a implementar en cada provincia. Los referentes provinciales designados, en la mayoría de los casos, fueron médicos oncólogos ó profesionales que en los Ministerios de Salud se desempeñaban en áreas o programas de enfermedades crónicas no transmisibles, o en su defecto, se trató de los jefes de oncología del hospital público de cabecera. Fueron los primeros interlocutores con los cuales se iniciaron las presentaciones formales de la estrategia y objetivos del INC en una primera reunión con ellos a fines del año 2010.

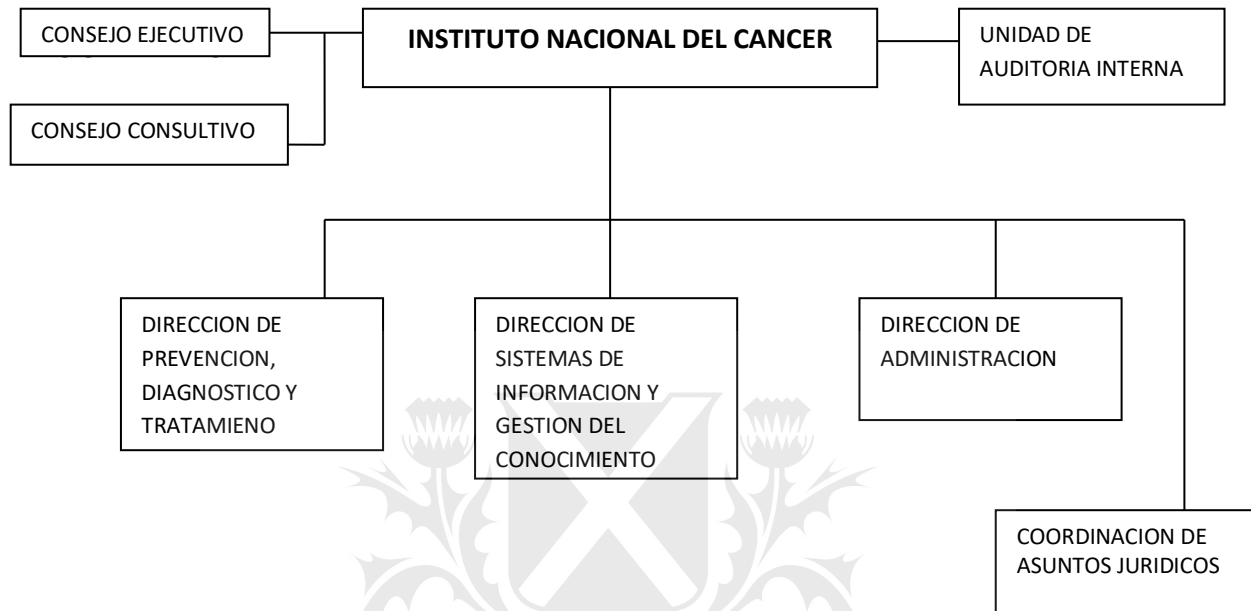
El INC suscribió convenios de colaboración con las 24 jurisdicciones del país. Los mismos fueron refrendados por los Ministros de Salud provinciales. El objetivo del convenio fue formalizar las relaciones institucionales entre ambas partes, a fin de desarrollar acciones conjuntas tendientes a la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, y mejorar la calidad de atención de los pacientes oncológicos. Entre ellas, se incluyó el desarrollo de estrategias y actividades de capacitación de recursos humanos que asisten al paciente con cáncer.

Junto con la creación de cada Programa del INC, se incorporó un nuevo interlocutor al mapa de actores: el “referente programático provincial”. Cada Programa le solicitó a la autoridad sanitaria provincial que designase un responsable específico por patología. Es decir, que además del referente de oncología provincial, se suma el referente de cáncer de mama provincial, el referente de cáncer de colon provincial, el referente de cáncer infantil provincial, etc.

A partir de la descentralización del organismo, aprobada por Ley 27285 sancionada por el Congreso de la Nación en el año 2016, la actual estructura del INC que rige desde el 21 de

enero de 2019 es la siguiente:

Gráfico N°5: Estructura del INC. Año 2019.



Fuente: Publicación Boletín Oficial de la República Argentina. Fecha 21/01/2019. Disponible en www.boletinoficial.gob.ar

2.2. Presentación del caso de análisis. Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer del INC.

Al momento de crearse el INC, en su decreto pone de relevancia la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud como eslabón necesario para el control del cáncer en el país. Se establece por Resolución Ministerial N°508/2011 del Ministerio de Salud de la Nación el “Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer”, bajo la órbita del INC y publicado en Boletín Oficial el 10 de mayo de 2011. Su objeto es “intervenir en el proceso de formación de recursos humanos en las distintas áreas de la oncología, para poder contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer en la Argentina”. La modalidad del Programa se implementa por medio de becas rentadas que se otorgan a profesionales de la salud que se encuentren trabajando en el sistema de salud público, preferentemente, y que cuenten con el aval de sus instituciones de referencia para realizar la capacitación.

El financiamiento de dicho Programa se estableció que no estuviese sujeto a préstamos internacionales (BID o PNUD, que son los que mayoritariamente suelen hacerse cargo de este tipo de actividades), sino que se ejecute con partida presupuestaria del tesoro nacional (Ministerio de Economía lo denomina Fuente 11) para que pueda ser una política de continuidad.

Para el año 2019, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación tiene un presupuesto aprobado de \$644.917.854.391, de los cuales \$45.521.012.926 están destinados a la Secretaría de Gobierno de Salud (nueva denominación para el ex Ministerio

de Salud de la Nación). La Secretaría de Salud destinará \$845.149.868 a la formación de recursos humanos sanitarios y asistenciales⁶⁰.

Por su parte, la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación le asignó al INC un presupuesto total para ejecutar en 2019 de \$83.198.843, lo cual representa el 0.18% del presupuesto total de la Secretaría.

Las actividades destinadas a Capacitación se enmarcan dentro de las denominadas Investigación, Prevención, Detección Temprana y Tratamiento del Cáncer (correspondientes a la actividad 2), cuyo crédito total es de \$55.643.000. Estas actividades incluyen las siguientes metas: Asistencia Financiera para Investigaciones, Becas Investigación, Becas de Corto Plazo de Formación de RRHH en Cáncer, Becas de Formación de RRHH en Cáncer de 1 año de duración, Capacitación, Difusión del Conocimiento, Estudios para el diagnóstico temprano en cáncer de mama, Prevención del Cáncer de Cuello de Útero⁶¹. Específicamente el Programa de Becas de Capacitación demanda una ejecución presupuestaria del 20% de la actividad 2.

El Programa de Capacitación se puso en funcionamiento a los seis meses de creación del INC. Es decir, mientras el organismo afianzaba su desarrollo institucional e inicio de articulación con los referentes de las jurisdicciones provinciales.

Modelo educativo y su relación con las condiciones de institucionalización del

⁶⁰ Según datos del Presupuesto 2019 publicados por el Ministerio de Hacienda. Disponibles en <https://www.minhacienda.gob.ar/onp/presupuestos/2019> Fecha de consulta 15/04/2019

⁶¹ Según datos del Presupuesto 2019 publicados por el Ministerio de Hacienda. Disponibles en <https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2019/jurent/pdf/P19E915.pdf> Fecha de consulta 15/04/2019

Programa.

Desde la perspectiva del modelo formativo, el Programa elige la modalidad de la educación en servicio, mediante un sistema de aprendizaje presencial en una institución asistencial supervisado bajo la figura de un tutor asignado.

La elección de esta estrategia de capacitación responde a dos motivos: 1) porque, como se detalló en el capítulo 1, se sustenta en la base de la educación continua y la formación en servicio, como modelo que potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad. La forma en la que se organizan los conocimientos médicos, según detalla Braislovsky, se dan de manera progresiva, en un proceso continuo de aprendizaje guiado. Y 2) porque de esta manera el INC puede ir construyendo con los mismos becarios el entramado de red necesario para establecer los vínculos que permitan que las líneas de trabajo, como fueron formuladas por las áreas programáticas, se implementen en los servicios de salud. Con líneas desarrolladas, nos referimos a armonización de criterios de tratamiento de la enfermedad, adopción de estrategias de tamizaje determinadas, implementación de guías de práctica clínica, incorporación de los pacientes en el sistema de información y registro de tumores, recomendaciones para el paciente y la familia, criterios de derivación oportuna, entre otras.

Al ser el INC un organismo que no realiza asistencia directa de pacientes, para implementar un programa de entrenamiento de profesionales se firmaron convenios de cooperación con hospitales, públicos y privados, como lugares de formación. Las sedes elegidas correspondían a instituciones situadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hubo un intento de incluir sedes de formación en el interior, en Rosario, Córdoba y Neuquén. A excepción de Neuquén que continua uno de sus hospitales siendo sede formadora, las otras dos experiencias no resultaron positivas y sólo en una edición del Programa recibieron becarios. Las causas de no continuar formando becarios en dichas sedes, respondió a que en la evaluación posterior resultó que se terminó financiando a profesionales que continuaron desempeñándose en el propio hospital, por lo cual se consideró que la beca fue utilizada para cubrir vacancias laborales del servicio, y no para considerar al becario en un proceso formativo.

En el convenio de colaboración se estableció que las sedes formadoras asumieran la responsabilidad en los siguientes aspectos:

1. Proveer las instalaciones para el desarrollo de la capacitación.
2. Conformar y coordinar el plantel docente, con la designación de un tutor responsable.
3. Desarrollar el contenido teórico-práctico de la capacitación que se llevará a cabo.
4. Supervisar a los becarios en los aspectos académicos y del cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Por su parte el INC debía:

1. Aprobar los contenidos de la capacitación de Recursos Humanos en Cáncer.
2. Definir el perfil de los becarios.
3. Seleccionar a los becarios que serán los beneficiarios de las becas de formación.
4. Realizar el seguimiento y evaluación del proceso de capacitación de los becarios.
5. Brindar apoyo (recurso humano y asistencia técnica) durante el desarrollo de la beca.
6. Financiar el honorario del profesional que realizará la capacitación bajo la figura de pago en concepto de “beca”.

La elección de cada sede formadora y de los tutores se realizó de manera conjunta entre los Coordinadores de cada programa, la Coordinación de Formación de Recursos Humanos, y, en determinados casos con las sociedades científicas de la especialidad involucrada. Para la elección de las sedes formadoras se tomaron en cuenta que los servicios tengan número de casuística mínima, la experiencia de formación del tutor responsable del becario, que en el servicio se adopten las guías de recomendación elaboradas por el INC. Cabe aclarar que muchos de los tutores de becarios del INC son parte de los consejos asesores de las áreas programáticas y han estado involucrados en la elaboración y/o revisión de las guías de práctica clínica. Los tutores y la sede formadora no perciben estipendio alguno por recibir a los becarios del INC.

“Las sedes de formación elegidas para la realización de las becas en cuidados paliativos se destacan tanto por su actividad asistencial, como por su actividad docente. La intención de que las sedes tengan la perspectiva docente de la formación en servicio es que los becarios puedan percibir e incorporar esta modalidad de trabajo para intentarla replicar luego en sus hospitales en las distintas jurisdicciones”.

Entrevista a Coordinador del Programa Nacional de cuidados paliativos del INC.
23/05/2019.

Características de la convocatoria.

Todos los años se abre un llamado a concurso de alcance nacional que sale publicado en el Boletín Oficial y se difunde a todo el país. El primer llamado se realizó en el año 2011 dando inicio a la primera edición del Programa el 1° de agosto de ese año. A partir de allí, todos los años siguientes se ha abierto el llamado a concurso para el otorgamiento de becas rentadas para la capacitación en distintas áreas vinculadas al tratamiento y atención del paciente con cáncer. La gestión del Programa la lleva a cabo la Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC.

Los requisitos que se solicitan en las bases de postulación incluyen el título profesional y nivel de formación requerido, según especialidad, matrícula profesional, seguro de accidentes personales y mala praxis, antecedentes laborales y nota de aval de autoridad del hospital de pertenencia que autorice a que el postulante, en los casos de los profesionales de las diferentes provincias del país, puedan trasladarse a Buenos Aires a realizar la capacitación durante el lapso de tiempo de duración de la beca. La nota de aval es uno de los requisitos de mayor peso en la ponderación, como también si el postulante es de la Ciudad de Buenos Aires o del interior. Se priorizó el otorgamiento de becas a profesionales de las diferentes provincias, por sobre profesionales de CABA. Esto responde a que se tuvo en cuenta que profesionales que residen en CABA tienen acceso a mayores posibilidades de oferta formativa y acceso a rotaciones en diversos hospitales, que profesionales de otras jurisdicciones, donde existe un único hospital de referencia con una casuística acotada.

Todas las postulaciones, que cumplan los requisitos, son evaluadas por comité evaluador. Entre sus miembros se incluyen a los coordinadores responsables de las líneas programáticas del INC. El resultado de la evaluación del comité sale por Disposición firmada por el director del INC y publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina. Las becas tienen una duración de 1 a 12 meses, de acuerdo a la especialidad. La beca es rentada. Para determinar su monto se considera como referencia el honorario que percibe un médico del último año de la residencia de financiamiento nacional. No incluye el pago de alojamiento en Buenos Aires ni el traslado.

La asignación de sede de formación y tutor es responsabilidad del INC, como así también la gestión con los departamentos de docencia de las sedes formadoras, donde el becario realizará su capacitación.

Durante el transcurso de la beca, los becarios, además, realizan actividades de capacitación desarrolladas por el INC: taller de comunicación médico-paciente, liderazgo, búsqueda bibliográfica, planificación de un servicio de salud, formador de formadores, metodología de investigación, capacitación sobre el registro de paciente en el Sistema de Información de Tamizaje (SITAM).

Para aprobar la beca y acceder al certificado, el becario debe rendir una evaluación final. La misma, dependiendo la especialidad y objetivos de formación, varía en su modalidad, pudiendo ser la presentación de un caso clínico, la elaboración de una monografía, lectura de pool de imágenes diagnósticas, examen de preguntas *multiple choice*, análisis de viñetas clínicas.

Los postulantes seleccionados para realizar la beca suscriben un convenio específico con el INC. Entre sus cláusulas, se destaca el compromiso de retorno a su hospital y provincia que debe asumir el becario una vez finalizada la beca, para implementar allí lo aprendido, en la medida de sus posibilidades, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento del sistema de salud.

El diseño institucional del Programa de Becas de Capacitación y el entramado de actores: ¿cohesión o mayor fragmentación?

Como ya fue mencionado, durante el período de análisis del Programa de capacitación que nos convoca (años 2011-2017), el INC mismo fue creando y estableciendo áreas de trabajo y líneas de intervención que fueron incorporando, como parte de su estrategia, la capacitación de profesionales de la salud. Como resultado, de una oferta de becas de formación de tres especialidades (enfermería oncológica, oncopediatria y cuidados

paliativos), luego de 7 años el Programa evolucionó y se amplió de manera tal de ofrecer una formación en 30 áreas diferentes vinculadas con el diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.

Con los responsables de cada programa se fueron definiendo los perfiles profesionales a capacitar según las necesidades y objetivos de cada línea programática. Es por eso, que la oferta formativa fue evolucionando y respondiendo a requerimientos institucionales a lo largo de estos años.

Los programas de control de cáncer para su creación realizaron diagnósticos de situación específico de la patología. A través de entrevistas realizadas a los coordinadores de programas se puede recuperar el proceso de cómo se fueron determinando las especialidades sobre las cuales era necesario formar RHS.

- Programa de control de cáncer cérvico-uterino: ausencia de equipos profesionales para la coordinación de los programas, baja cobertura de realización de papanicolao (Paps), especialmente entre mujeres sin cobertura de salud, de bajo nivel socio-económico; escasez de recursos humanos capacitados para la búsqueda activa de mujeres y toma de Paps; servicios de patología cervical sin equipamiento y/o recursos humanos capacitados para llevar a cabo tratamientos de lesiones precancerosas no invasivos⁶².

Por lo tanto, establecieron que se deberán formar profesionales de las áreas de citología, colposcopia y cirugía gineco-oncológica.

⁶² Se desprenden de la Resolución Ministerial de creación del Programa mencionada.

“La definición de la necesidad de especialistas a formar tiene que ver con los componentes programáticos. Entre estos componentes, se destaca poder garantizar la calidad de la prueba de tamizaje para el cáncer cérvico uterino, que en su inicio fue el Pap. Para eso, se priorizó formar citotécnicos, que es un recurso humano crítico. En el primer diagnóstico que hizo el Programa en su inicio, uno de los problemas más grave que se detectó fue en la lectura de los Paps. Todavía la estrategia adoptada por el Programa no era la lectura del test de VPH, sino que el eje estaba puesto en la citología. Se identificó el problema en los laboratorios con el diagnóstico en los Paps y una falta de citotécnicos capacitados.

Otro eje programático fundamental también es la calidad del tratamiento de las mujeres. Es por eso, que se optó por fortalecer los servicios de patología cervical y los servicios responsables del tratamiento, que los realizan cirujanos y ginecólogos. Pero las especialidades a formar se determinaron por pasos: primero tener garantizada la lectura de la prueba de tamizaje (que corresponde a la prevención), luego avanzar en el tratamiento oncológico”.

Entrevista a Coordinador y Sub-Coordinador técnicos del Programa Nacional de prevención de cáncer cérvico uterino del INC. 3/06/2019.

- Programa de control de cáncer de mama: ausencia de profesionales entrenados en los equipos de salud relevados, especialmente en lo que se refiere a técnicos radiólogos, y a médicos radiólogos en la lectura e informe de mamografías de tamizaje⁶³.

En sus objetivos de capacitación, priorizaron la formación de mastólogos, médicos y técnicos en imágenes, técnicos en patología mamaria. En una segunda etapa, el Programa incorporó ecografistas mamarios.

“Como herramienta de tamizaje primordial, desde el Programa de cáncer de mama, contamos con la mamografía. Para obtener una imagen de calidad, además de la evaluación a los equipos (que es otra línea de trabajo que tiene el Programa), es fundamental capacitar al recurso humano que hace uso de ese equipo. Por eso, desde el inicio del Programa se consideró planificar una beca de formación para médicos y técnicos en mamografía”.

Entrevista a Coordinador del Programa Nacional de control de cáncer de mama del INC. 17/05/2019.

- Programa de control de cáncer colorrectal (CCR): ausencia de capacitaciones

⁶³ Viniestra, M. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Buenos Aires, 2010: 97.

sistemáticas dedicadas a la detección del CCR; pacientes con cáncer de recto son operados por cirujanos generales falta de formación en especialistas para la realización de colonoscopías (médicos endoscopistas y técnicos en endoscopia) y una subutilización de los recursos⁶⁴.

Las especialidades a formar determinadas para este programa fueron oncólogo clínico con orientación en tumores digestivos, cirujano de cáncer colorrectal, médicos y técnicos en endoscopia digestiva.

- Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer: el abordaje del cáncer infantil es complejo y en Argentina se caracteriza por la centralización de los recursos humanos y tecnológicos específicos. Esta situación ha potenciado las asimetrías regionales para el acceso a la atención y cuidado adecuado de los pacientes ⁶⁵. Al englobar el cáncer infantil una variedad de enfermedades potencialmente curables, pero de baja frecuencia, requiere estrategias diagnósticas y terapéuticas de alta especificidad para su adecuado control, y entre sus prioridades se incluye capacitar a los equipos de salud y la conformación de una red de referencia y contrarreferencia para su derivación y seguimiento.

Es el programa que incluye la mayor diversidad de especialistas a formar: desde enfermeros oncopediátricos a biólogos moleculares, pasando por neurooncología pediátrica, médicos oncopediatras y traumatología infantil.

“La determinación de las especialidades a formar tiene que ver con la identificación de vacancias de especialistas y de los datos que obtenemos de los registros hospitalarios. Para esta información cruzamos básicamente tres fuentes. Una es a partir del intercambio que tenemos con los referentes provinciales, que en

⁶⁴ Gualdrini, U.; Iummato, L. Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final: diagnóstico de situación de la Argentina. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires, 2011: 206,215.

⁶⁵ Datos mencionados en la Resolución Ministerial de creación del Programa mencionada.

general son los jefes de servicios de las unidades de oncología pediátrica en los distintos lugares del país. Otra, del trabajo articulado que tenemos con el Hospital Garrahan, que es donde se vienen a formar la mayoría de los residentes de oncología pediátrica del país y el principal hospital de referencia y contrarreferencia para atención de cáncer infantil. Allí se realizan la mayoría de las becas del INC, referidas a tumores sólidos, leucemias, paliativos, enfermería. Y la tercera fuente es la que obtenemos del registro (ROHA), donde podemos ver que sobre qué tumores infantiles la tasa de sobrevida es más baja y analizar las razones. Ahí nos dimos que cuenta que el en caso, por ejemplo, de los tumores del sistema nervioso central una causa se debía a falta de recurso humano capacitado para atender estos tumores. Y es así que generamos, junto a la Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC, la beca de neurooncología y de neurocirugía pediátrica”.

Entrevista a Coordinador del Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer del INC. 6/6/2019.

- Programa Nacional de Cuidados Paliativos: en su diagnóstico de situación hacen referencia a la necesidad de atención, establecida por la OMS En función de este diagnóstico, establecieron como prioridades, entre otras, capacitar el primer nivel de atención para brindar herramientas concretas en la atención de estos pacientes; fortalecer los equipos específicos interdisciplinarios de cuidados paliativos existentes e impulsar a la creación de equipos intrahospitalarios para apoyar los equipos de APS. El equipo básico de cuidados paliativos lo conforman la dupla médico-enfermero⁶⁶.

Si bien el programa formalmente se creó en 2016, inició sus acciones desde la creación del INC, porque los cuidados paliativos son uno de los cuatro componentes determinados por la OMS para la implementación de una estrategia global del control del cáncer. Las becas estuvieron destinadas a formar médicos y enfermeros.

“El equipo básico de cuidados paliativos se compone del binomio médico-enfermero. Esta es la estructura básica que se necesita para el funcionamiento de un servicio dentro de una institución de salud. Luego será deseable incorporar otras disciplinas para un abordaje multidisciplinario, como ser psicólogos, trabajadores sociales.”

Entrevista a Coordinador del Programa Nacional de cuidados paliativos del INC. 23/05/2019.

⁶⁶ Datos mencionados en la Resolución Ministerial de creación del Programa.

- Programa Nacional de Tumores Familiares y Hereditarios: ausencia de equipos multidisciplinarios para la detección, manejo y asesoramiento de alto riesgo en distintas regiones del país, teniendo en cuenta que entre un veinte-treinta por ciento (20-30%) de los casos nuevos de cáncer diagnosticados anualmente ocurren en familias con predisposición mayor que la población general (cáncer familiar)⁶⁷.

En este caso, los responsables del programa centraron la formación en médicos oncólogos y genetistas.

Cada programa definió su oferta de formación de manera independiente unos de otros, contribuyendo a una mirada fragmentada y focalizada de la patología. No hubo instancias dentro del INC para orientar la definición de especialidades y número de cupos de una manera integral, sino que cada área, en el ejercicio de su poder, y de acuerdo a la partida presupuestaria asignada, fueron determinando y priorizando las necesidades de formación de profesionales de acuerdo a sus propios objetivos programáticos.

El objetivo de un organismo rector de políticas públicas de nivel central es el de cohesionar políticas sanitarias para promover la equidad en el acceso a la salud. El diseño institucional que adoptó el INC, bajo la premisa de áreas programáticas, citando a Spinelli, abonaron a “la lógica de programas que tiende a fragmentar los problemas, el territorio y los sujetos”.

A este grupo de interlocutores responsables de las áreas programáticas dentro del INC (coordinadores de programas) se sumó la presencia de sus contrapartes provinciales, como ya fue mencionado.

⁶⁷ Datos mencionados en la Resolución Ministerial de creación del Programa mencionada.

En total son 140 (ver tabla N°2) los interlocutores para coordinar, planificar, evaluar, las diferentes estrategias de implementación en las jurisdicciones, de acuerdo al tipo de intervención (institucional ó por línea programática). 13 de los actuales referentes (representa un 9,3% del total de referentes) son profesionales que han sido becarios del Programa de Becas de Capacitación del INC. Fueron designados como referentes (institucional o programático) a partir de haber realizado la beca. Su designación como referente fue impulsada por el INC, y no estuvo dada por su inserción institucional o designación de los ministerios de salud provinciales.

Los actores, retomando a Acuña y Repetto, son “sujetos individuales o colectivos con capacidad de acción estratégica”. La diversidad de interlocutores, a la vez que enriquece la perspectiva, complejiza la composición de la agenda y la implementación de estas decisiones, que serán momentos críticos objeto de disputas de las que participan los distintos actores.

En el apartado de la descripción de la creación del INC, se hizo mención a una primera reunión con referentes provinciales para presentación de la estrategia del INC. Luego de los años, los encuentros nacionales con los referentes provinciales se llevaron a cabo diferenciados por línea programática. En el caso de la estrategia de capacitación, que es un eje transversal a la estructura del INC, se realizaron presentaciones de sus objetivos y modalidad en cada uno de los encuentros de manera separada (con los referentes provinciales de cáncer de mama, con los referentes provinciales de cáncer de colorrecto, con los referentes provinciales de cáncer pediátrico, etc.).

Tabla N°2: La figura del referente provincial y del referente por línea programática en cada provincia.

Provincia	Referente pcial. institucional	Ref ca.mama	Ref ca. colon	Ref ca. cérvix	Ref. paliativos	Ref. ca.infantil	Ref. tumores fliares.
Buenos Aires	X	X	mismo referente		ex becario inc	X	x
CABA	X	no hay referente	no hay referente	X	X	X	ex becario inc
Catamarca	X	X	X	X	X	X	no hay referente
Chaco	X	ex becario inc	X	X	X	ex becario inc	no hay referente
Chubut	X	X	X	X	X	X	x
Córdoba	X	X	X	X	no hay referente	X	x
Corrientes	X	X	X	X	X	X	no hay referente
Entre Rios	X	X	X	X	no hay referente	X	no hay referente
Formosa	mismo referente		ex becario inc	X	X	X	ex becario inc
Jujuy	X	X	X	X	X	X	no hay referente
La Pampa	X	X	X	X	X	ex becario inc	no hay referente
La Rioja	X	mismo referente	ex becario inc	mismo referente	X	X	no hay referente
Mendoza	X	X	X	X	X	X	x
Misiones	X	X	ex becario inc	X	X	X	x

Neuquen	X	X	X	X	X	X	x
Rio Negro	X	X	ex becario inc	X	X	X	no hay referente
Salta	mismo referente	no hay referente	X	X	mismo referente	X	ex becario inc
San Juan	X	X	X	X	X	X	x
San Luis	X	X	X	X	X	X	no hay referente
Santa Cruz	X	mismo referente	X	mismo referente	no hay referente	X	no hay referente
Santa Fe	mismo referente		X	mismo referente		X	x
Sgo. del Estero	X	X	X	X	X	X	no hay referente
Tierra del Fuego	X	X	no hay referente	X	X	X	no hay referente
Tucuman	no hay referente	X	X	X	X	ex becario inc	ex becario inc

Fuente: elaboración propia a partir de datos y documentos del INC.

En esta tabla se detallan, de acuerdo a cada línea programática del INC, las sociedades científicas involucradas, la elección de las sedes formadoras para la realización de la capacitación y la cantidad de tutores asignados.

Tabla N°3: Sedes formadoras y cantidad de tutores involucrados en el Programa de Becas de Capacitación del INC.

Línea programática del INC	Sociedades científicas convocadas	Sedes de Formación para realización de la beca INC	Cant. tutores por línea programática INC
Programa de control de cáncer cérvico uterino	Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de patología del tracto genital inferior y colposcopia, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.	Hospital Nacional Posadas, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Rivadavia, Hospital Británico, Hospital de Clínicas, Hospital Gral de Agudos Penna.	6
Programa de control de cáncer de mama	Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Mastología, Sociedad Argentina de Radiología.	Hospital Municipal de Oncología M. Curie, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Nacional Posadas, Instituto de Oncología A. Fleming, Instituto de Oncología A. Roffo, Hospital Británico. Centro de Diagnóstico Rossi, Hospital general de agudos J. Fernández, Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Güemes, Sanatorio Mater Dei. Hospital Alemán, Centro de Investigaciones Mamarias Cymbernok.	15
Programa de control de cáncer colorrectal	Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Gastroenterología, Sociedad Argentina de Coloproctología.	Centro Privado de cirugía y coloproctología, Hospital de gastroenterología B. Udaondo, Hospital Alemán, Hospital El Cruce SAMIC, Hospital Italiano de Buenos Aires.	8
Programa de cáncer pediátrico	Sociedad Argentina de Pediatría, Grupo Argentino de Tratamiento de Leucemia Aguda, Sociedad Argentina de Hematología.	Hospital de Pediatría Prof. Garrahan, Hospital de Niños R. Gutiérrez, Academia Nacional de Medicina.	16
Programa de cuidados paliativos	Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos.	Hospital de Clínicas, Hospital general de Agudos Dr. Tornú, Instituto de Oncología A.	12

		Roffo, Hospital Nacional B. Sommer, Hospital Municipal B. Houssay, Hospital provincial B. Roldan (pcia. De Neuquén), Hospital provincial P. Moguillansky (Pcia. de Río Negro), Hospital Alberdi (pcia. de Santa Fe), Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Instituto de Investigaciones Lanari. Hospital Rossi (La Plata).	
Programa de tumores familiares y hereditarios	Sociedad Argentina de Mastología, Asociación Argentina de Oncología Clínica, Sociedad Argentina de Gastroenterología, Sociedad Argentina de Coloproctología*.	Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Hospital Durand, CEMIC, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Alemán, CENAGEM.	6
Otras especialidades	Sociedad Argentina de Patología.	Instituto de Oncología A. Roffo, Instituto de Oncología A. Fleming, Sanatorio Mater Dei, Academia Nacional de Medicina, CEMIC, Hospital Rivadavia, Hospital Italiano de Buenos Aires.	11

*Nota: no participaron de la elección de sedes formadoras, pero sí de la elaboración de guías de recomendación y consensos.

Fuente: elaboración propia a partir de documentos y normativas del Programa de Becas de Capacitación del INC.

La formulación e implementación de programas de formación exigen una relación dinámica entre la autoridad sanitaria nacional y las instituciones de salud en donde se llevan a cabo los entrenamientos de los profesionales seleccionados para realizar la capacitación. En el caso de la gestión de este Programa, su implementación implicó la suscripción de 30 convenios de cooperación institucional con los hospitales que son las sedes de formación de los becarios, de acuerdo a cada especialidad, y la coordinación con 74 tutores involucrados.

Retomando el concepto de coordinación planteado por Cabrera Mendoza, ésta no se puede imponer, es “un constructo organizacional e institucional”, que requiere de ajustes

constantes, de establecer acuerdos, de contrapartes flexibles”. También son momentos críticos objeto de disputas de las que participan distintos actores. Estas tensiones se dieron al momento de la elección de sedes formadoras, tutores, establecimiento del tiempo de duración de la beca para cada especialidad. Estas instancias de articulación se dieron con los coordinadores de programas, sociedades científicas, jefes de servicio de sedes formadoras, responsables de los departamentos de docencia de las sedes.

Capítulo 3. Resultados y análisis del desarrollo del Programa de Becas de Capacitación del INC de 2011 a 2017.

En este capítulo se compartirán los resultados obtenidos a partir del análisis del desarrollo e implementación del Programa de Becas de Capacitación del INC, tomando como instrumentos los aspectos normativos, resultados de los llamados a concurso, ejecución presupuestaria, la percepción de los becarios para implementar lo aprendido durante la beca en sus instituciones de salud luego de 6 meses de transcurrida la capacitación. Para este último punto se analizarán los resultados de la encuesta distribuida a los becarios que realizaron su beca de formación financiada por el INC entre los años 2011 y 2017.

3.1. Resultados del desarrollo del Programa de Becas de Capacitación del INC de 2011 a 2017.

El Programa de Becas de Capacitación del INC, entre los años 2011 y 2017 brindó oportunidades de formación a 346 profesionales de la salud que realizaron su capacitación en distintas especialidades orientadas al diagnóstico y tratamiento del cáncer adulto y pediátrico.

De las 346 becas financiadas y realizadas de manera completa, 6 becarios no la han aprobado en su instancia de evaluación final y 2 han fallecido a los pocos meses de haber regresado a sus provincias.

En la tabla que se presenta a continuación se detalla la distribución de los cupos otorgados por especialidad, de acuerdo a las líneas programáticas del INC.

Tabla N°4: Distribución de becas por línea programática INC en los años 2011-2017.

Línea programática	Especialidades	Total becarios	En porcentaje
Programa de control de cáncer de mama	Patología mamaria (3), Cirugía mamaria (25), ecografía mamaria (2), histotécnicos (21), Mamografía médicos (9), técnicos en mamografía (21)	81	23%
Programa de control de cáncer colorrectal	Oncólogo clínico en cáncer digestivo (11), Cirugía cáncer colorrectal (13), diagnóstico por imágenes (1), endoscopía digestiva (13), técnico en endoscopía (3)	41	12%
Programa de control de cáncer cérvico-uterino	Citología cérvico-vaginal (23), cirugía gineco-oncológica (2), colposcopía (2)	27	8%
Programa de cuidados paliativos	Médicos (32), enfermeros (33)	65	19%
Programa de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer	Oncopediatría (13), Neurooncología pediátrica (3), soporte clínico (6), biología molecular (6), citogenética (9), cuidados paliativos pediátricos (17), enfermería oncopediátrica (14), traumatología pediátrica (4)	72	21%
Programa de tumores familiares y hereditarios	Médicos oncólogos y/o genetistas	12	3%
Otras especialidades	Patología (11), Cirugía oncológica (8), Cirugía torácica (4), Cirugía urológica (5), Enfermería oncológica (20)	48	14%
Total		346	100%

Fuente: elaboración propia a partir de las actas de designación de becarios al Programa de Becas de Capacitación del INC.

En el caso del Programa de control de cáncer cérvico-uterino cabe aclarar que el porcentaje del número de becas es menor en relación a los otros programas, porque una de sus

principales líneas de abordaje se centra en la prevención primaria, para lo cual priorizan su trabajo de capacitación con los agentes sanitarios, bajo una modalidad diferente a la formación en servicio aquí descripta.

De acuerdo a la especialidad de la beca, se han determinado diferentes tiempos (en meses) de realización para completar los requisitos de aprendizaje establecidos para el cumplimiento del objetivo. El tiempo de formación para cada especialidad se determinó entre los tutores de cada especialidad, los coordinadores de líneas programáticas y la coordinación de RRHH. Dependiendo el área de formación, también intervino la sociedad científica de la especialidad. En análisis conjunto, se evaluaron los contenidos mínimos que un becario debería adquirir para incorporar el manejo de destrezas y/o habilidades necesarias y el tiempo que demandaría para cumplir esa curva de aprendizaje. Un factor a tener en cuenta, es que el Programa apunta a dar oportunidad de formación a profesionales de las distintas jurisdicciones del país. Este aspecto se tuvo en cuenta a la hora de establecer los tiempos mínimos y máximos de duración de cada beca. Por un lado, para no ir en detrimento de la calidad formativa. Y por el otro, desde una perspectiva factible, para que un profesional pueda ausentarse, con autorización de superiores, de su lugar de trabajo para realizar la beca en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Cabe aclarar, que se incluyeron en el Programa de Becas, becas de 1 y 2 meses de duración que tuvieron que ver con propósitos distintos de becas de formación con una duración de 4 a 12 meses. Estas últimas se enmarcan en la modalidad de la educación permanente, que incluye una metodología problematizadora para transformar las prácticas. Las becas cortas, tienen como objetivo que el profesional realice un entrenamiento procedimental específico. Ejemplo, técnico en inmunohistoquímica o técnico en endoscopía. Originalmente estas

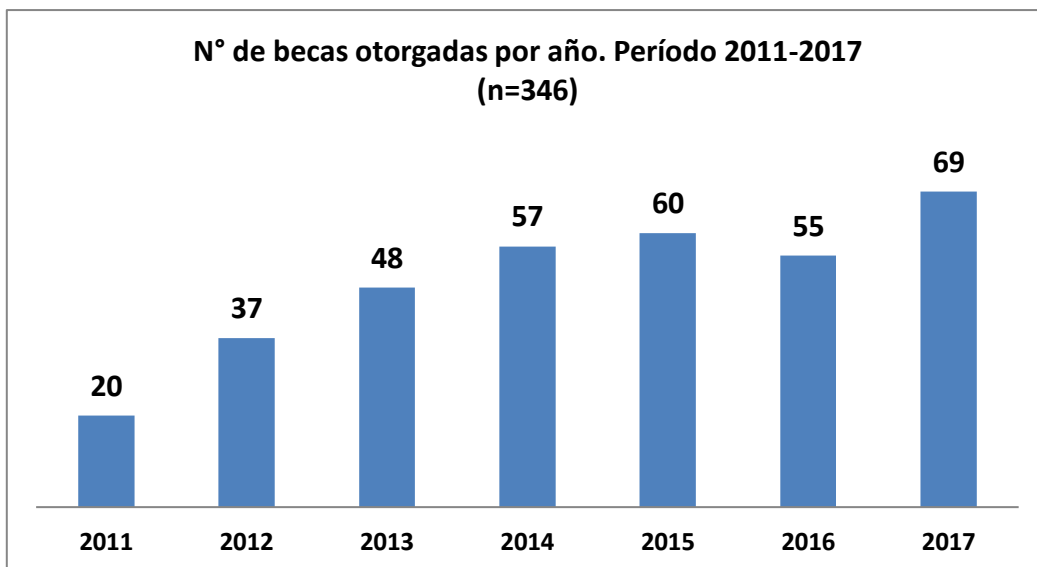
rotaciones de corta duración no formaban parte del Programa de Becas. Se los incluyó porque sino era bajo la figura de “beca” no se les podía financiar su estadía en Buenos Aires mientras realizaban la capacitación. Al quedar incluidos bajo el Programa de Becas para poder obtener el certificado de beca realizada, también rinden evaluación y sus tutores presentan informe final sobre su desempeño.

En el total de becas realizadas, la distribución del número de becas por meses de duración es la que se detalla:

Duración en meses	Nro. total becas	En porcentajes
Becas de 1 mes	15	4%
Becas de 2 meses	19	5%
Becas de 4 meses	169	49%
Becas de 5 meses	33	10%
Becas de 12 meses	110	32%
Totales	346	100%

En el gráfico siguiente (gráfico N°6) se muestra la evolución del número de becas totales otorgadas por año en cada llamado a concurso realizado.

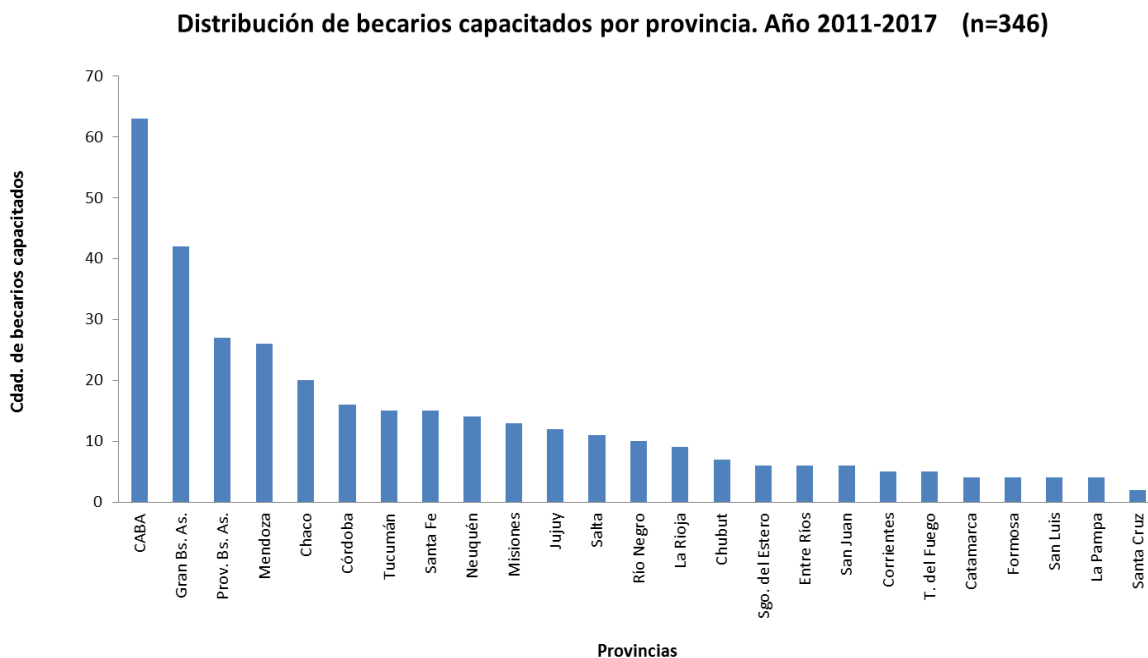
Gráfico N°6: Número de becas totales otorgadas por año en cada llamado a concurso del Programa de Becas de Capacitación de RRHH del INC. Años 2011-2017.



Fuente: elaboración propia a partir de los becarios designados por resolución ministerial por año para realizar su beca en el Programa de Becas de Capacitación del INC.

El incremento en el número de becas otorgadas por año se debe a la incorporación de líneas programáticas a la estructura del INC. Como se describiera en el apartado de la creación del INC, la mayoría de los programas se establecieron entre los años 2012 y 2015, que es el período en el cual se aumentó el número de cupos de profesionales a formar. A esto se suma que, junto con la inclusión de líneas programáticas, se diversificaron las especialidades en las cuales se debían capacitar profesionales.

Gráfico N°7. Número de profesionales que recibieron beca de capacitación del INC distribuidos por provincia. Años 2011-2017 (n=346).



Fuente: elaboración propia a partir de los becarios designados por resolución ministerial por año para realizar su beca en el Programa de Becas de Capacitación del INC.

Con respecto a la distribución territorial de los profesionales formados a nivel país, el gráfico que antecede (gráfico N°7) permite reflejar que, del total de 346 becarios, 123 (el 35,55%) provino de hospitales de CABA y Provincia de Buenos Aires y 223 (64,45%) fueron profesionales que vinieron de las provincias e interior de la Provincia de Buenos Aires. En este análisis se discriminó Gran Buenos Aires, de interior de la Provincia de Buenos, porque se consideró a los becarios que para realizar su beca tuvieron que trasladarse e instalarse en la Ciudad de Buenos Aires (ejemplo, becarios provenientes de Bahía Blanca, Tandil, Pehuajó, Bragado).

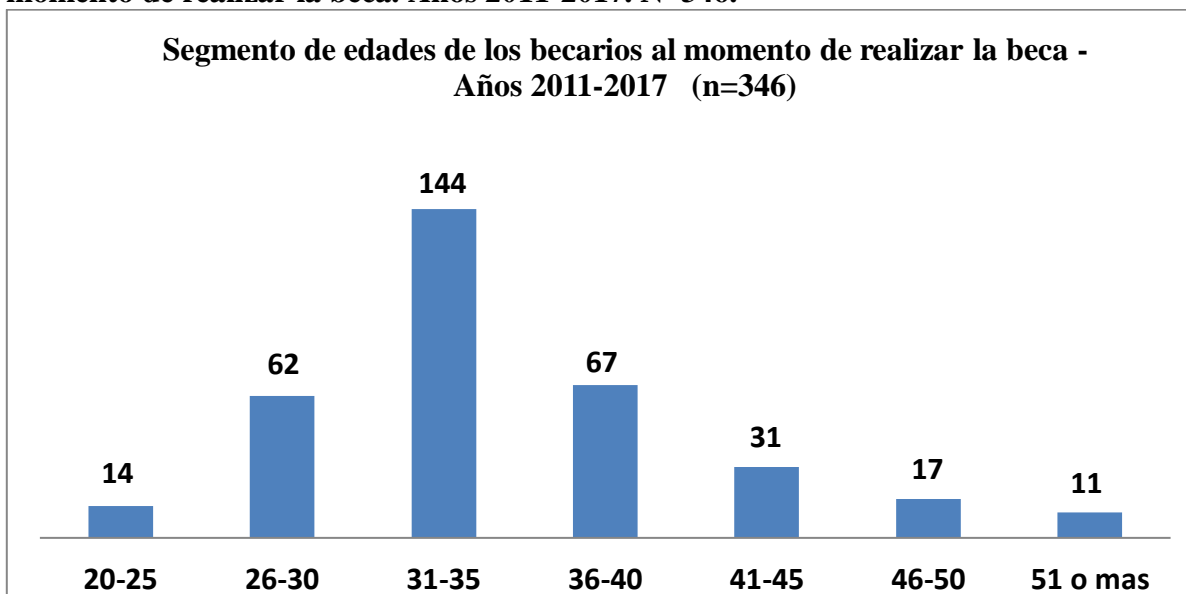
Las becas otorgadas respondieron al perfil de postulaciones recibidas en cada llamado a concurso. Si bien en la elección de postulaciones el comité evaluador priorizó a profesionales de las provincias y a quienes presentaron nota de aval de sus jefes de servicio, hubo un predominio de profesionales provenientes de hospitales de CABA y Provincia de Buenos Aires. Esta realidad está en coincidencia con la densidad demográfica del país y el número de matrículas médicas existentes por jurisdicción, donde se evidencian las disparidades existentes a nivel nacional. En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el número de matriculados se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, registrando un total de 39,14 matrículas cada mil habitantes. Mientras que en el otro extremo encontramos a las provincias del NOA y Misiones, en las que el número de matrículas es aún más bajo que el promedio nacional de médicos⁶⁸.

La distribución territorial de las becas está también en consonancia con la heterogeneidad y desigualdad territorial, desarrollada por Cao y Vaca, siendo una asimetría común a todos los períodos históricos del país. Aún permanece intacta la preeminencia del Área Central (CABA, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba), frente el retraso relativo de las provincias del Área Periférica (Cuyo, NOA y NEA), y el del Área Despoblada (Patagonia).

En los gráficos que se comparten a continuación se detalla la caracterización de los becarios que realizaron becas de formación en el marco del Programa de Becas de Capacitación del INC, según edad, sexo y perfil profesional.

⁶⁸Williams, G., Duré, I. y Dursi, C. Médicos en Argentina. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Buenos Aires, Argentina: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013:5.

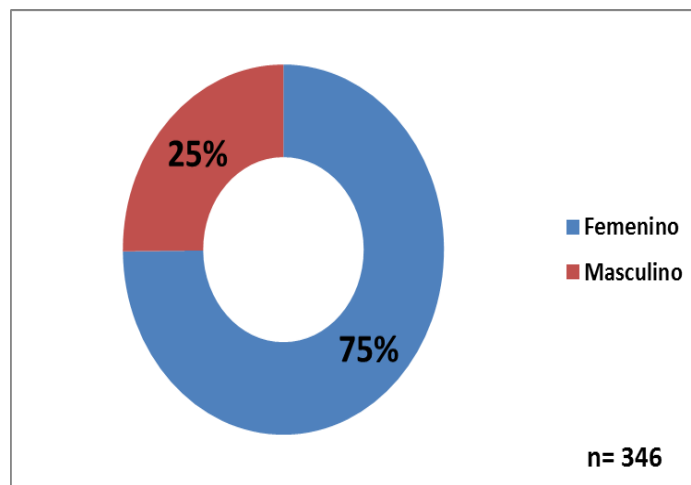
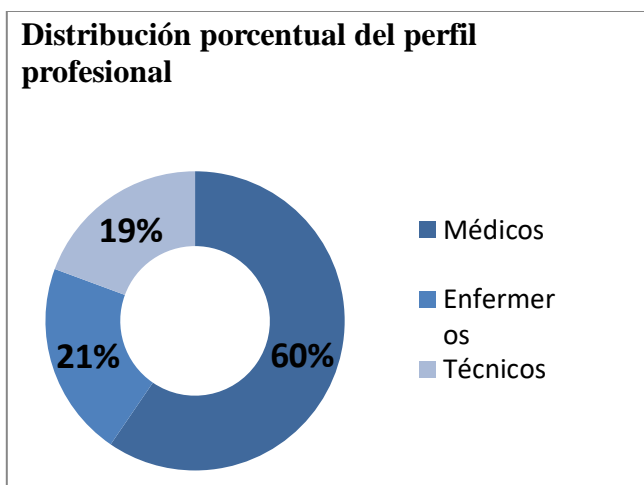
Gráfico N°8: Becarios del Programa de Becas de Capacitación del INC según edad al momento de realizar la beca. Años 2011-2017. N=346.



Fuente: elaboración propia a partir de los becarios designados por resolución ministerial por año para realizar su beca en el Programa de Becas de Capacitación del INC.

Del total de becarios, el 42% (144) se ubican en el segmento de edad entre 31 y 35 años. Le siguen, con un 37% (129), los becarios que se ubican de manera casi pareja entre el segmento etario entre 26-30 y 36-40 años. Se destaca la predominancia de profesionales jóvenes, lo cual es favorable en términos que se encuentran en el inicio del ejercicio de su profesión y tendrán el tiempo durante su carrera para implementar los aprendizajes adquiridos durante la beca. Son el segmento de edad que mayor disponibilidad tienen para realizar una beca de estas características, que implica migrar temporariamente de su lugar de trabajo, sumado, a que, en su actual nivel de inserción laboral, la movilización afectará en menor medida el posible lucro cesante.

Gráfico N°9: Distribución de becarios capacitados según perfil profesional y sexo. Años 2011-2017. (n=346).



Fuente: elaboración propia a partir de los becarios designados por resolución ministerial por año para realizar su beca en el Programa de Becas de Capacitación del INC.

El gráfico precedente permite observar la caracterización del perfil profesional, que arroja un modelo de formación ligado a la atención del cáncer predominantemente medicalizado. La atención de la patología es conducida por médicos, que son quienes realizan el diagnóstico, indican el tratamiento y prescriben la medicación y procedimientos a realizar. Con respecto a las proporciones de sexo, éstas se encuentran por encima de las cifras nacionales, que ubican el porcentaje de mujeres de la salud con estudios terciarios o universitarios completos en un 55,7% en el año 2016 (lo cual representa un incremento de más de 20 puntos con respecto al 35,2% correspondiente al año 2003)⁶⁹. Los resultados ponen en evidencia el proceso de feminización que han experimentado las profesiones del sector de la salud en los últimos años (Abramzon, 2005)⁷⁰, que comienza en la universidad y se extiende a los ámbitos del ejercicio profesional.

⁶⁹ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1° ed. Buenos Aires, 2018:11.

⁷⁰ Abramzon, Mónica. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. 1ª ed., Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS, 2005.

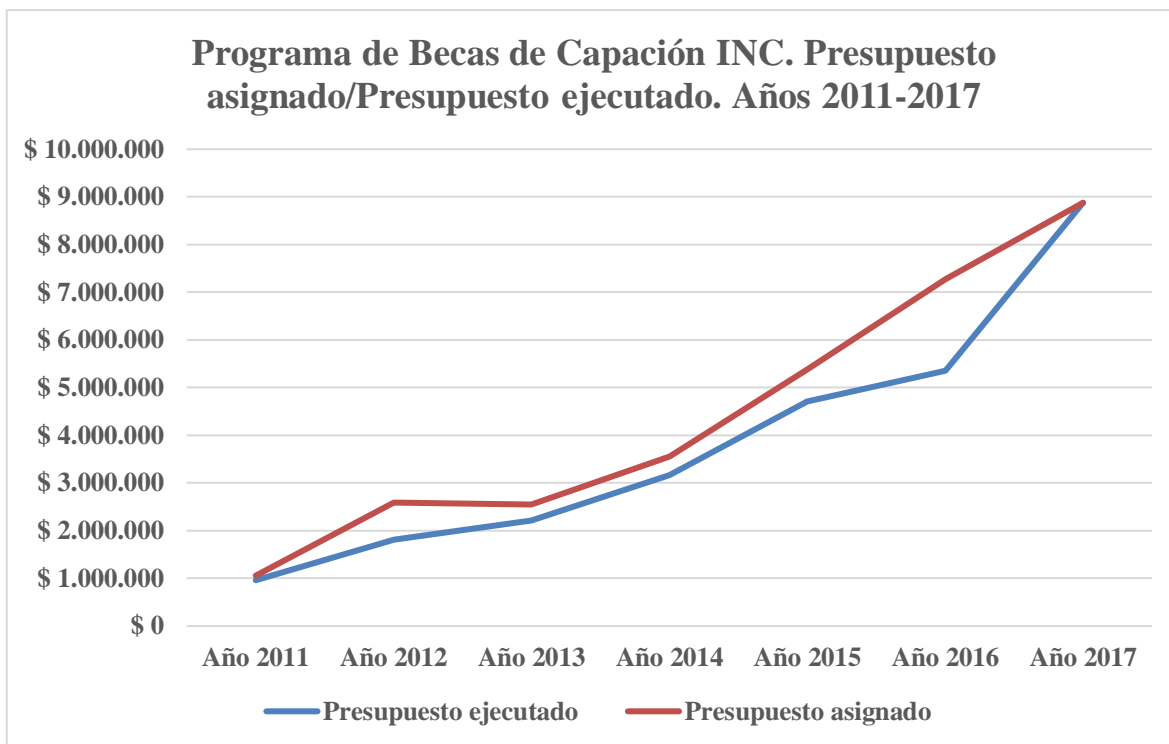
El Programa de Becas de Capacitación se financia con Fuente 11, para establecer que pueda tener un grado de estabilidad y continuidad. No se trata de un programa de financiamiento de organismo de préstamo internacional (BID o PNUD, en la mayoría de los casos), en donde la fecha de ejecución puede estar limitada.

Evolución del presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado total del Programa de Becas de Formación de Recursos Humanos en Cáncer. 2011-2017.

Total presupuesto ejecutado período 2011-2017 correspondiente al Programa de Becas de Capacitación del INC: **\$27.077.000.-**

Total presupuesto asignado período 2011-2017 correspondiente al Programa de Becas de Capacitación del INC: **\$31.286.000.-**

Año	Presupuesto ejecutado	Presupuesto asignado
Año 2011	\$ 960.000	\$1.056.000
Año 2012	\$ 1.812.000	\$2.592.000
Año 2013	\$ 2.208.000	\$2.544.000
Año 2014	\$ 3.160.000	\$3.560.000
Año 2015	\$ 4.704.000	\$5.376.000
Año 2016	\$ 5.355.000	\$7.280.000
Año 2017	\$ 8.878.000	\$ 8.878.000



Fuente: elaboración propia a partir de las resoluciones ministeriales de los llamados a concurso y disposiciones de designación de becas otorgadas del Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos del INC. Años 2011-2017.

El presupuesto ejecutado corresponde a un 86,55% de cumplimiento de meta física con respecto al presupuesto asignado para el desarrollo del Programa de Becas de Capacitación. En el año 2017 se asignaron de manera completa la totalidad de los cupos de becas ofrecidos en el llamado a concurso. En las ediciones 2011-2016, en promedio han quedado vacantes entre 2 y 3 becas por año. Las vacancias responden a que varias de las postulaciones recibidas no cumplieron con los requisitos establecidos por el Programa. Aunque en algunos casos se hicieron excepciones, que tuvieron que ver con el cumplimiento de metas físicas comprometidas por el INC del número de profesionales a capacitar y que no afecten a la partida presupuestaria asignada.

Evolución del estipendio mensual otorgado a los becarios en concepto de beca para realizar su formación. Años 2011-2017⁷¹.

Año de beca	Estipendio mensual U\$	Estipendio mensual \$
Año 2011	U\$960	\$4.000
Año 2012	U\$1.304	\$6.000
Año 2013	U\$1.089	\$6.000
Año 2014	U\$1.215	\$10.000
Año 2015	U\$1.517	\$14.000
Año 2016	U\$1.145	\$17.500
Año 2017	U\$1.284	\$23.000

El incremento, determinado de manera anual, acompañó el aumento salarial de la paritaria del empleado del Estado de la administración pública nacional.

3.2. Resultados del Programa de Becas de Capacitación del INC de 2011 a 2017 desde la perspectiva de los destinatarios.

Una de las premisas que nos propusimos en este estudio para evaluar el logro de los objetivos del Programa de Becas fue la de analizar las posibilidades de desarrollar lo aprendido en sus lugares de trabajo luego de 6 meses de finalizada la beca, desde la perspectiva de los becarios.

⁷¹ Se consignó el monto de la beca en moneda dólar estadounidense para poder dar cuenta de la variabilidad del estipendio. Se tomó en cuenta para cada año la cotización del dólar con fecha 1° de agosto, que es la fecha de inicio de cada cohorte de becarios. Fuente: https://www.cotizacion-dolar.com.ar/cotizaciones_dolar_historico.php

Para ello, se indagó si el becario continuaba desempeñándose en el sector público de salud, si continuaba en su provincia y si seguía trabajando en la especialidad en la cual realizó la capacitación. En el Plan Operativo Anual establecido para el Programa de Becas de Capacitación del INC, se había definido como meta de cumplimiento para cada una de estas 3 categorías que un 90% de los becarios deberían encontrarse en esta situación.

Según puede observarse en las siguientes tablas, las proporciones más altas (88,17%) se hayan en el ítem de regreso del becario a su provincia. Siendo menores las que se refieren a continuidad de trabajo en el sector público de salud (83,14%) y en la especialidad en la cual se realizó la capacitación (81,95%). Este último aspecto se vincula con las posibilidades de implementar la aprendizaje en su lugar de trabajo, que se detalla más adelante.

Tabla N°5. Becarios que luego de 6 meses de finalizada la beca del INC continúan desempeñándose en el ámbito público, en la especialidad en la cual realizaron la beca y en su provincia de origen. N 338. Años 2011 y 2017.

Becarios que continúan trabajando en sector publico

	N	%
SI	281	83,14
NO	29	8,58
NS/NC	28	8,28
Total	338	100

Becarios que continúan trabajando en su provincia de origen

	N	%
SI	298	88,17
NO	12	3,55
NS/NC	28	8,28
Total	338	100

Becarios que continúan ejerciendo en la especialidad de la beca

	N	%
SI	277	81,95
NO	33	9,77
NS/NC	28	8,28
Total	338	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la encuesta implementada.

El segundo aspecto de interés se refirió a analizar con mayor detalle cómo continuaron las trayectorias laborales de los becarios: cómo fue el regreso a sus hospitales de referencia, si pudieron implementar lo aprendido durante la beca en sus lugares de trabajo, qué obstáculos identificaron y qué aspectos favorecieron la tarea.

Como se describió en la metodología, para indagar sobre este punto, hubo dos instancias de recolección de la información. Una, aplicando a un grupo de becarios un cuestionario de respuestas abiertas, que permitiera construir y validar las categorías de análisis. La segunda, distribuyendo el cuestionario diseñado con las preguntas de respuesta de opción cerrada elaboradas a partir de la tabulación del primer instrumento.

El cuestionario de respuestas abiertas se distribuyó a los 159 becarios que realizaron sus becas en las tres primeras cohortes del Programa de Capacitación, entre los años 2011 y 2014.

Frente a la pregunta respecto de cómo consideraban que fue el regreso a su hospital luego de finalizada la beca, se encontraron respuestas diversas: algunos manifestaron una buena recepción e interés en tanto otros fueron transferidos de servicio.

“El reintegro al Hospital ha sido muy bueno. Mi jefa siempre tuvo la disposición de implementar todo lo aprendiera en Bs. As. Se lo consiguió en parte y luego de muchas gestiones con las autoridades (ej: implementar la batería de coloración).”

Becario de la pcia. de Catamarca.

“No tuve dificultades en mi reintegro y junto a la jefa de servicio y demás médicos tratamos de implementar lo aprendido durante la beca.”

Becario de la pcia. de Santa Fe.

“El reintegro no fue nada fácil. Mis compañeros en principio estaban de acuerdo que yo obtuviera la beca, pero a mi regreso no era así y por lo mismo no se ha podido modificar el procedimiento para poder mejorarlo, entonces nada de lo aprendido he podido volcar.”

Becario de la pcia. de Neuquén.

“La situación es gratificante, el jefe de servicio está gestionando mi cargo y esto es gracias al contacto con el lugar donde realicé la beca y a las gestiones del INC.”

Becario de Ciudad de Buenos Aires.

“El reintegro fue muy bueno, nos esperaban con muchas ansias a mi y a mi compañera. nuestro único problema es el espacio físico que tenemos, que no ayuda mucho. tratamos de organizarnos todos los días para poder trabajar de la mejor manera posible y acomodándonos para atender a la demanda que día a día aumenta considerablemente”.

Becario de Pcia. de Buenos Aires.

“El regreso fue muy bueno. Hubo mucho interés por los demás integrantes del servicio que les compartía los conocimientos adquiridos en el hospital que roté.”

Becario de la Pcia. de Córdoba.

“El recibimiento fue muy bueno con expectativas de las novedades que iba a incorporar. La dificultad es que hasta la actualidad no nos compran los insumos que necesitamos.”

Becario de la Pcia. de San Juan.

“El reintegro al hospital no fue como esperaba. Me asignaron a otra sala. Lo aprendido durante la beca me fue de mucha utilidad, permanentemente le transmito a mis pares los conocimientos adquiridos”.

Becario Pcia. de Buenos Aires.

Este abanico de respuestas fue categorizado y su análisis permitió construir las siguientes variables (tabla N°6), sistematizando la información suministrada por los becarios.

Tabla N°6. Cómo evalúa el becario el regreso a su hospital a 6 meses de haber finalizado la beca. N 159. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2014. N 159.

Respuestas de becarios		n	%
Volvi a mi mismo puesto con posibilidad de replicar lo aprendido		102	64%
Volvi a mi mismo puesto sin posibilidad de replicar lo aprendido		11	7%
Volví a mi hospital, pero me asignaron a otras tareas		10	6%
Volví a mi hospital con mayores responsabilidades		9	5%
No regresé a mi hospital		15	10%
Otros		1	1%
NS/NC		11	7%
Total respuestas		159	100%

Otros: se encuentra de licencia.

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

Las siguientes preguntas de opción abierta, indagaron acerca de los aspectos que los becarios identificaban como facilitadores y obstáculos para implementar lo aprendido durante la capacitación en sus respectivos hospitales.

Algunas de las respuestas obtenidas para estas dimensiones se detallan a continuación y reflejan la diversidad de situaciones manifestadas.

“A partir de mi regreso se formó el sector de mamografía diferenciado del servicio de diagnóstico que coincidió con la instalación de un nuevo equipo de mamografía digital directo. Logramos así mejor aprendizaje y practica en un corto periodo de tiempo. Ayudé a formar al resto de las técnicas con lo que aprendí en la sede donde hice mi beca”.

Becario de la Pcia. de Tierra del Fuego.

“Volví a mi lugar de trabajo, pero aún no estoy vinculado a la especialidad porque la dificultad es que no consiguen los reactivos, y sigo trabajando, pero haciendo otras determinaciones y marcaciones”.

Becario de la Pcia. de Catamarca.

“Continúo trabajando en el Hospital, pero no cuento con un cargo de planta, lo cual significa muy escasos ingresos económicos. El tema económico es el único aspecto negativo de la inserción laboral en este momento”.

Becario de la Ciudad de Buenos Aires.

“La verdad no he tenido hasta el momento situaciones gratificantes. La cuestión presupuestaria en la institución en la cual trabajo es complicada....es difícil emprender nuevos proyectos. Me encuentro trabajando en el sector de emergencias, cubriendo guardias”.

Becario de la Pcia. de Mendoza.

“El retorno al hospital fue muy bueno, pude mejorar muchos procedimientos y funciones de enfermería que adquirí durante mi año de beca en Buenos Aires. Ayuda saber que puedo seguir consultando con quien fuera mi tutor frente a alguna duda que se nos presenta en el servicio”.

Becario de la Pcia. de Chaco.

Luego de analizar todas las respuestas abiertas obtenidas, se desprendieron las siguientes dimensiones (que se muestran en las tablas N°7 y 8 en relación con los apoyos recibidos, las destrezas adquiridas durante la capacitación, la disponibilidad de insumos y la situación contractual).

Tabla N°7: Que aspectos considera el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, favorecen poder implementar en su lugar de trabajo lo aprendido. N 159. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2014.

Respuestas de becarios	n	%
Contar con el apoyo de mi jefe	46	29%
Contar con el apoyo de mis compañeros	23	15%
Contar con insumos para hacer el trabajo	7	4%
Seguir en contacto con mi sede de beca	17	11%
No están dadas las condiciones	21	13%
Mejor manejo de la técnica de trabajo	16	10%
Otro	3	2%
NS/NC	26	16%
Total	159	100%

Otros: licencia, aspectos comunicacionales.

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

Tabla N°8: Que aspectos considera el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, son obstáculos para implementar lo aprendido en su lugar de trabajo. N 159. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2014.

Respuestas de becarios	n	%
Falta de apoyo de jefe	6	4%
Falta de apoyo de compañeros	6	4%
Falta de insumos	22	14%

Me asignaron a otro servicio	12	8%
No tengo nombramiento	22	14%
No presenta dificultades	68	43%
Otro*	12	8%
NS/NC	11	5%
Total	159	100%

*Otros: paso a trabajar a sector privado, se quedó trabajando donde realizó beca, el hospital no cuenta con servicio de la especialidad, falta de espacio físico

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

A partir de estas respuestas brindadas por los becarios, se consolidó el instrumento definitivo con respuestas cerradas de opción múltiple. Entre las cohortes a las que se le aplicó la encuesta con la primera modalidad (preguntas abiertas) y los participantes de las últimas cohortes que respondieron el cuestionario de opción múltiple, se alcanzó la cifra total de 338 becarios.

De acuerdo con lo señalado por Kirlpatrick para la evaluación de programas de capacitación, para evaluar los cambios producidos en la conducta de los becarios en relación con sus prácticas laborales; es decir, con la posibilidad de poder trasladar los conocimientos adquiridos durante la capacitación a sus lugares de trabajo, se tomaron encuestas a los becarios de manera distante con la finalización de la beca (6 meses).

En las tablas que se detallan a continuación se comparten los resultados consolidados de todas las cohortes de becarios que abarcan este estudio, entre los años 2011 y 2017.

Tabla N°9: Cómo evalúa el becario el regreso a su hospital a 6 meses de haber finalizado la beca. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2017. N 338.

Respuestas de becarios	N	%
Volvi a mi mismo puesto con posibilidad de replicar lo aprendido	197	58,3
Volvi a mi mismo puesto sin posibilidad de replicar lo aprendido	33	9,76

Volví a mi hospital, pero me asignaron a otras tareas	17	5,07
Volví a mi hospital con mayores responsabilidades	23	6,8
No regresé a mi hospital	34	10
Otros	4	1,19
NS/NC	30	8,88
Total respuestas	338	100%

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

Con respecto al regreso de los becarios a sus hospitales, el 80% (270) ha regresado a su hospital de referencia, aunque en distintas situaciones: el 65, 11% (220) consideran que han podido replicar lo aprendido durante la beca en sus servicios. Incluso 23 becarios (6,8%) regresaron a sus hospitales asumiendo mayores responsabilidades, entre ellas las de haber sido designado referente programático provincial. Mientras que el 14,83% (50) manifiestan que en su regreso no se han dado las condiciones de poder implementar lo aprendido ó que han sido asignados a realizar otras tareas. Esta última situación se evidenció en perfiles técnicos y de enfermería y en especialidades donde aún no existe el servicio en la estructura hospitalaria. Ejemplo, cuidados paliativos que es una especialidad de reciente reconocimiento por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (Res. 1814/2015).

Tabla N°10: Que aspectos considera el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, favorecen poder implementar en su lugar de trabajo lo aprendido. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2017. N 338.

Respuestas de becarios	n	%
Contar con el apoyo de mi jefe y/o compañeros del servicio	150	44,6
Contar con insumos para hacer el trabajo	25	7,4
Seguir en contacto con la sede donde realicé la beca	55	16,1
No están dadas las condiciones	42	12,41
Mejor manejo de la técnica de trabajo	16	4,74
Otro	5	1,45
NS/NC	45	13,3
Total respuestas	338	100%

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

En lo que se refiere a los aspectos identificados por los becarios como facilitador para implementar lo aprendido se destaca el contar con el apoyo del jefe y/o compañeros del servicio (44,6%). Este aspecto coincide con lo destacado por Davini, acerca del contexto para propiciar que el aprendizaje individual pueda transformarse en acción requiere cambios de comportamiento por parte de otros integrantes del equipo de trabajo. El involucramiento de los demás miembros del equipo es una buena señal. El otro aspecto que los becarios destacaron que favorece la posibilidad de implementar lo aprendido es la posibilidad de poder seguir en contacto con quien fuera su tutor en la sede formadora. Este ítem se cruza con el segmento de edad de la mayoría de los becarios. Al tratarse de profesionales jóvenes, con poca experiencia profesional, se encuentran consolidando su curva de aprendizaje donde aún es necesaria la figura de un tutor que guíe el proceso para la consolidación de los conocimientos médicos. El 12,41% (41) que menciona que no están dadas las condiciones para implementar lo aprendido, coincide con los becarios que manifestaron en el regreso a sus hospitales no pudieron implementar lo aprendido, que los asignaron a realizar otras tareas diferentes de la especialidad de la beca realizada o no regresaron a sus hospitales de referencia.

Tabla N°11: Que aspectos considera el becario, luego de 6 meses de finalizada la beca, son obstáculos para implementar lo aprendido en su lugar de trabajo. Becarios que realizaron sus becas entre 2011-2017. N 338.

Respuestas de becarios	N	%
Falta de apoyo de jefe	22	6,5
Desinterés miembros del equipo a nuevas formas de hacer las cosas	27	8
Falta de insumos	56	16,2

Me asignaron a otro servicio	15	4,45
No tengo nombramiento	49	14,5
No presenta dificultades	124	37
Otro	15	4,45
NS/NC	30	8,9
Total	338	100%

Fuente: elaboración propia frente a los datos obtenidos de encuesta implementada.

En lo que se refiere a los obstáculos para implementar lo aprendido en sus lugares de trabajo, el 37% (124) de los becarios manifestó no presentar dificultades. Los que identificaron dificultades, el 14% (49) las relacionó con la falta de apoyo de jefe y/o miembros del servicio y el 16,2% (56) a la falta de insumos. Estos obstáculos no se relacionan con el contenido de la capacitación brindada, sino con factores institucionales.

Las características y funcionamiento de los servicios, moldean los aprendizajes. En los testimonios de algunos becarios (en los cuestionarios de respuesta abierta) se marcaba la soledad del becario intentando traccionar, cual tarea quijotesca, para poder vehicular cambios en las prácticas de sus servicios.

Volvemos a traer a Davini a la reflexión sobre que no podemos ponerle como responsabilidad a la capacitación la transformación que se espera que ocurran en los sistemas de salud. Incluso aun alcanzándose los niveles de aprendizaje individual esperados, no siempre se traducirán en aprendizajes organizacionales. Se deberá involucrar a un entramado de actores de mayor jerarquía que permita que se lleven a cabo dinámicas más complejas, como ser a qué patología de salud se le da prioridad en una institución asistencial. Y este es uno de los mayores desafíos a encarar desde la rectoría de una autoridad sanitaria nacional. “La cuestión es particularmente crucial si lo que se busca son cambios en los modelos de atención y de participación, lo que representa una

transformación en las reglas de juego de las instituciones. »⁷².

En lo que se refiere a la viabilidad política para la implementación del Programa, uno de los aspectos que se consideró tomar en cuenta para el análisis de este estudio, fueron las notas de aval que presentaron los becarios para poder realizar la formación en servicio, fuera de sus ámbitos de trabajo. Dicho aval estuvo firmado por el Jefe de Servicio, el responsable del Departamento de Docencia del hospital o el Director del Hospital. En este caso, de los becarios que realizaron su capacitación, 319 (lo cual representa un 92% del total de becarios que realizaron la beca) presentaron nota de aval de Jefe de Servicio, director del Hospital o responsable del Dpto. de Docencia, y 27 (8%) de ellos no presentaron ningún tipo de aval. A pesar del alto número de becarios que presentaron los avales institucionales para realizar la capacitación, los mismos no fueron condición suficiente para que el becario al regresar a su hospital pueda implementar lo aprendido, o no presente algún tipo de dificultad. Hubo 29 becarios (8,58%) que, habiendo presentado nota de aval, no continuaron desempeñándose en la especialidad en la cual realizaron la capacitación.

Asimismo, hubo casos excepcionales de becarios que no tuvieron aval institucional, pero el finalizar la beca hubo posibilidad de inserción en la especialidad, a partir de alguna intervención directa por parte del INC, a través del referente provincial.

⁷² Davini, MC. Op. Cit.

Capítulo 4

4.1. Discusión.

El INC, como autoridad sanitaria, no logró, a la fecha, terminar de consolidar el rol de rectoría plena que debe ejercer en materia oncológica. Inició su desarrollo institucional con una estrategia unificada, con una única figura como interlocutor válido en las jurisdicciones (el referente provincial) para el abordaje de la problemática, pero luego sucumbió a la lógica de los programas, multiplicándose el número de interlocutores en las provincias para la implementación de las diferentes estrategias programáticas divididas por tipo de tumor y/o abordaje (cáncer de mama, de colorrecto, de cérvix, infantil, cuidados paliativos).

La mortalidad por cáncer en Argentina ha descendido a lo largo de los últimos diez años (2006-2016, son los últimos datos disponibles), hecho que podría adjudicarse en parte a mayor acceso a servicios de salud por parte de la población, ampliación de la cobertura de pruebas de tamizaje (test de sangre oculta en materia fecal, vacuna de VPH, mamografías, autotoma del teste de VPH). Entre 2007 y 2016 la mortalidad por cáncer descendió en Argentina, si bien de manera diferente entre hombres y mujeres.⁷³

La creación de un organismo como el Instituto Nacional del Cáncer, bajo la órbita del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, es poner en agenda y de relevancia una patología que irá en aumento en los próximos años y demandará mayores costos a los sistemas de salud. Se deberán plantear innovaciones y unificar criterios de intervención, que deben ser regulados por el Estado, para garantizar la equitativa distribución de recursos. La capacitación a los profesionales de los equipos de salud es un engranaje

⁷³ Boletín de Vigilancia Epidemiológico ya citado.

relevante, pero no suficiente por sí solo para afrontar el desafío de intervenir sobre la segunda causa de muerte de la población.

El Programa de Becas de Capacitación del INC se lo puede evaluar como una política pública exitosa, en la medida que logró ser una estrategia que acompañó un proceso de legitimación de las líneas programáticas impulsadas con el objetivo de formar RHS que adquieran las habilidades y el conocimiento para el manejo y tratamiento de los cánceres más frecuentes. El abordaje del cáncer requiere de una estrategia integral y multisectorial, más allá de la formación del recurso humano especializado.

Retomando a Spinelli, la estrategia de capacitación acompañó esa lógica de réplica fragmentada, determinada por las especialidades biomédicas, característica de los programas sociosanitarios. La implementación en el territorio bajo la modalidad de programas, fueron, y son, las formas de dar respuestas por parte del Estado, a los problemas que demanda la sociedad. En promedio en los ministerios de salud nacional y provinciales, se implementan entre 25 y 50 programas, en una modalidad de inserción verticalista.⁷⁴

El programa de becas cumplió su objetivo como estrategia de acompañamiento para el fortalecimiento de las líneas programáticas en el territorio y en formar RHS orientados en una política pública. El 10% de los profesionales que realizaron una beca en el marco del Programa de Capacitación fueron designados referentes programáticos en las provincias, siendo un componente clave en la consolidación de la estrategia de abordaje de la patología tal cual fuera definida por las aéreas de trabajo del INC. Su designación estuvo impulsada

⁷⁴ Spinelli, H. Op. Cit. Pág. 156,158.

por el INC. Es decir, no estuvo promovida por su inserción institucional o designación de ministerios de salud provinciales.

La estrategia de formación de RHS, bajo el Programa de becas del INC, se centró en el nivel de prevención secundaria, relacionado al entrenamiento de habilidades para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Los becarios que han participado del Programa de Becas del INC, han manifestado que las dificultades que encuentran para implementar lo aprendido durante la capacitación en sus hospitales de referencia se debe, en mayor medida, en un 14,5% a la falta de apoyo de jefe de servicio y/o colegas en adoptar nuevos procedimientos o formas de realizar las intervenciones (ya sean procedimientos, incorporación de tecnología, guías de práctica clínica, protocolos, entre otros); un 16,2% a la falta de insumos y/o equipamiento; y en un 14,5% a situaciones vinculadas con la falta de nombramiento o situación laboral precaria. Esta última situación es característica de los médicos que finalizan su residencia y luego quedan sin continuidad laboral o con un contrato provisorio, vinculado a cubrir turnos de guardia.

Estos obstáculos identificados son de carácter institucional, de aspectos que responden al contexto y cultura de las instituciones de salud, como también a la regulación del sistema de contrataciones de profesionales y adquisición de compra de equipamiento ejercida por la autoridad sanitaria municipal o provincial. Ámbitos en los cuales el nivel central no tiene injerencia directa.

Retomamos a Davini cuando describe que la capacitación se desarrolla “bajo una variedad de condiciones institucionales, políticas, ideológicas y culturales, que anticipan y

sobredeterminan el espacio dentro del cual la capacitación puede operar, sus límites y sus alcances”.

La descentralización en un sistema federal y multijurisdiccional como el de nuestro país, requiere una tarea de consensos y equilibrio con múltiples actores (autoridades sanitarias, referentes provinciales, referentes programáticos, responsables de docencia de las sedes formadoras, tutores, sociedades científicas) para la implementación de una estrategia y la unificación de criterios en la forma de abordar la enfermedad, en este caso específico, el cáncer. Las políticas de salud, han tenido que pasar de una visión centralizada en su diseño y uniforme en sus mecanismos y formas de implementación, a ser hoy en día una constelación de iniciativas (Cabrerero Mendoza, 2006).

En este escenario de contexto federal, las tensiones se ponen de manifiesto. Son las provincias las que determinan qué patología es prioritaria para ser atendida y en qué aspectos hacer hincapié para la asignación de recursos (humanos, de equipamiento, presupuestario).

A pesar de los aspectos identificados por los becarios como dificultades para implementar lo aprendido en sus lugares de trabajo, la propuesta de capacitación fue bien recibida y aceptada por los profesionales de la salud, cubriendo los cupos ofrecidos en las especialidades priorizadas por el INC para el tratamiento y diagnóstico del cáncer. El 37% de los becarios (124 profesionales) han manifestado que no presentaron dificultades en implementar lo aprendido durante la beca en sus hospitales de referencia y destacan el acompañamiento recibido por el INC.

Las evaluaciones permiten conocer cuáles son los componentes que hacen efectiva una intervención, y cuáles deben replantearse. En este caso, nos interesó analizar el rol de la

capacitación, como estrategia, para formar profesionales orientados en una política pública, y sobre las posibilidades de implementación de lo aprendido por parte de los becarios en sus respectivos lugares de trabajo.

Se capacita a RHS para que se conviertan en referentes en la especialidad, que garanticen, como parte de la viabilidad de una política, la implementación de estrategias de abordaje. El Programa de capacitación se transforma en una herramienta para que, a través de los becarios capacitados, se pueda consolidar una red de atención, de derivación oportuna de los pacientes, de armonización de criterios de trabajo. Los becarios formados son los ojos en el territorio para garantizar que las líneas de trabajo impulsadas por el INC, validadas mediante evidencia científica y consenso con las sociedades científicas convocadas, se implementen en los servicios de salud como fueron establecidas. Está claro, que profesionales jóvenes, sin apoyo de un entramado de actores de mayor peso, por sí solos no lo podrán realizar.

En capacitación, la evaluación y medición de impacto de los conocimientos incorporados es la más compleja. Los estudios pocas veces revelan su perspectiva, lo que dificulta comprender por qué, en ciertas ocasiones, la implementación de lo aprendido no tiene los resultados esperados en otros contextos. En el marco de la estrategia de capacitación del INC, los becarios formados son un actor clave. Al adoptar en la evaluación del programa, su perspectiva, permite entender mejor las complejidades del campo de la salud en esta patología en particular.

Igualmente, la evidencia demuestra que es difícil diseñar evaluaciones que demuestren la relación entre una intervención de capacitación y los efectos esperados. Continúa siendo un desafío identificar resultados que se desprendan de manera directa de evaluar una estrategia

de capacitación que refleje mejoras en la atención de pacientes. Esto incluye la distancia entre los resultados y el impacto que se desprende de una capacitación. Acordamos que la capacitación es necesaria, pero es condición insuficiente para modificar el entorno⁷⁵.

En programas de capacitación se suelen reportar los outputs, es decir, los resultados posteriores: número de participantes, cantidad de aprobados, contenidos desarrollados, los resultados de las encuestas de satisfacción de los participantes.

Una limitante de este estudio, fue la ausencia de línea de base sobre cómo es el funcionamiento del servicio en el cual se desempeña el becario que realizó la beca. Los datos obtenidos se refieren a los diagnósticos de situación de cada área programática sobre la epidemiología de la patología y las especialidades médicas involucradas para su diagnóstico y tratamiento. Diagnósticos que contribuyeron a la réplica fragmentada determinada por las especialidades biomédicas.

La formación y educación permanente es necesaria y deben propiciarse dispositivos de capacitación y actualización continua. Los cambios en la formación son un requisito necesario, pero no suficiente para modificar prácticas. El modelo formador *per se* no producirá impacto directo sobre la salud de la población.

Se le debe adjudicar a la capacitación las expectativas acordes a los alcances que podrá lograr. No podemos ponerle como responsabilidad a la capacitación la transformación que se espera que ocurran en los sistemas de salud. Alcanzados niveles de aprendizaje individual esperados, no necesariamente se traducirán en aprendizajes organizacionales. La

⁷⁵ O`Mailley, Gabrielle; Perdue, Thomas; Petracca, Frances. A framework for outcome-level evaluation of in-service training of health care workers. Human Resources for health, 2013, 11:50:2,5. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/50>

estrategia de capacitación es un engranaje más, en un proceso articulado que debe involucrar a actores con mayor poder de decisión que los becarios, para la implementación de nuevas tecnologías o cambios organizacionales en los servicios de salud.

Cómo se pudo observar en el gráfico elaborado por Braislovsky (pág. 29) sobre la organización de los conocimientos médicos, la curva de aprendizaje se da de manera progresiva y en un proceso guiado, que, para lograr conocimientos adaptados a la práctica clínica, se necesitan años de entrenamiento. Mínimo entre 3 y 10 años, a partir de la obtención del título de especialista, según indica la OMS.

El 79% de los profesionales que realizaron su capacitación por medio del Programa de Becas del INC, se ubican en el segmento de edad de entre 26 y 40 años, correspondiendo el 42% de ellos específicamente al segmento de 31-35 años. Es decir, se ubican un nivel entre “intermedio” y “competente”. Se trata de profesionales que aún deben transitar mayor recorrido profesional e incorporación de mayores aprendizajes. Parte de la premisa de la educación permanente, sobre la que se basó el diseño de esta estrategia de capacitación, es construir el andamiaje para promover el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida.

El diseño institucional de esta estrategia de capacitación acompañó y favoreció que los profesionales que pudieran realizar la beca respondieran a esta franja de edad y fuesen quienes, o bien, recientemente finalizaron sus residencias, u ocupaban cargos con poca responsabilidad en sus servicios. Debido a que son los profesionales que tienen disponibilidad para movilizarse y no sufrirían un posible lucro cesante que sí les ocurriría a profesionales de mayor experiencia ya insertos en el sistema de salud. A esto hay que

sumar que, si bien la beca de capacitación es rentada, para asumir los gastos de traslado a otra jurisdicción, el monto es bajo y poco atractivo.

Patologías complejas, determinadas por multicausalidad de factores, de abordaje interdisciplinarios, como es el caso del cáncer, deben ser coordinados por profesionales que se ubiquen en el nivel de “maestro” o “experto”, con una integración de conocimientos médicos consolidados. Los becarios sumaran su aporte, experiencia, conocimientos adquiridos durante la beca, pero no puede recaer la responsabilidad, aún, en ellos.

El INC debe fortalecer y continuar ejerciendo su rol de rectoría en un trabajo articulado entre Nación y las jurisdicciones, así como con las sociedades científicas, priorizando en qué áreas deben formarse RHS, bajo qué modalidad, teniendo en cuenta la epidemiología de la patología y las realidades locales.

Independientemente de contar con los instrumentos legales que facilitan la viabilidad política de las intervenciones (convenios con las provincias firmados, designación de referentes en el ámbito de COFESA, avales de los becarios para realizar la beca en hospitales de CABA) no garantiza una implementación exitosa. Será necesaria la consolidación de redes de trabajo y consensos que acerquen a las jurisdicciones en el involucramiento del diseño de la estrategia, para que la mirada no sea reduccionista. Si los programas se diseñan de manera descontextualizada, constituyen una mirada acotada sobre la complejidad del territorio. Se planifica a nivel central, identificando unilateralmente los problemas (Spinelli, 2016).

Para el desarrollo y la implementación de una estrategia de capacitación se ha requerido la coordinación y la consolidación de una línea de trabajo que busca, como fin último,

asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la unificación de criterios para diagnóstico y tratamiento del cáncer, con el objetivo de contribuir a la misión para la cual fue creado el organismo como una política de Estado: reducir la incidencia y mortalidad por cáncer en la Argentina.

Si bien es compleja la medición de impacto de una estrategia de capacitación, un aspecto que ha quedado pendiente en este estudio es la entrevista a los jefes de servicio o superiores donde se desempeñan los becarios, como propone el modelo de Kirkpatrick, para indagar sobre la percepción, desde su punto de vista, sobre la posibilidad de implementar o incorporar los conocimientos que suma el becario a partir de la capacitación recibida. Será a futuro una voz interesante de incorporar.

En resumen, la implementación de la modalidad de capacitación ha permitido acompañar la estrategia de abordaje del cáncer, cómo fuera diseñada por el INC, aún con sus limitantes y lógica fragmentada. Los becarios, en su mayoría profesionales jóvenes, para poder realizar o modificar prácticas en sus servicios, no lo podrán llevar a cabo de manera aislada, sino se involucra en la toma de decisiones actores de mayor relevancia que acompañen la implementación. La importancia de las evaluaciones permite conocer los componentes efectivos de una intervención, y repensar o rediseñar las estrategias necesarias para mejorar la propuesta formativa.

4.2. Conclusiones.

Una estrategia de capacitación de esta naturaleza, demanda un enorme esfuerzo de coordinación de múltiples actores (tutores de beca, becarios, departamentos de docencia de las sedes formadoras que reciben a los becarios, coordinadores de líneas programáticas del INC, referentes provinciales).

El rol de coordinación tiene que ser, en última instancia, para solucionar problemas, para mejorar la calidad y eficacia del servicio al usuario final. Coordinar una política, con los actores que se considere involucrar, para que el fin último sea el bienestar del ciudadano.

La formación de RHS es compleja, con muchas aristas (la formación y el ámbito de práctica). Los profesionales tienen sus propias necesidades y motivaciones a la hora de ejercer su profesión la cual realizan en instituciones de salud que son ámbitos con su propia cultura institucional, y ambos, están atravesados y regulados por el Estado, con su propia agenda, y formulación de políticas públicas, de acuerdo a prioridades que establece.

Es importante reflexionar que el diseño de dispositivos de capacitación no puede hacerse de manera aislada. Debe incluir los aspectos y realidades locales para que las prácticas puedan implementarse, más allá de buenas intenciones individuales.

El diseño y la implementación de políticas públicas no se dan en abstracto, sino que tienen su anclaje en instituciones específicas, que se forjan para lograr determinados comportamientos y, en la medida de lo esperado, logro de resultados.

El objetivo primordial y misión del INC es la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer en el país. Se estima que si se pudieran eliminar los principales factores de riesgo

(bajo consumo de frutas y hortalizas; poca actividad física, alto índice de masa corporal; tabaquismo e ingesta excesiva de alcohol) de las ECNT, podría evitarse el 40% de los cánceres. Es asignatura pendiente el fortalecimiento de las estrategias de capacitación que incluyan a los profesionales del primer nivel de atención, vinculados a las estrategias de prevención

La transición demográfica y el crecimiento poblacional estimado para los próximos años, sumados a que la incidencia del cáncer ocurre predominantemente en los adultos mayores (grupo etario con crecimiento sostenido debido al aumento en la expectativa de vida), permiten estimar que para el año 2035 se duplicará tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer en nuestro país. Frente a esta realidad, la creación de un organismo como el INC, como política pública, es necesaria y relevante para el impacto de salud en la población. Será su desafío, para un ejercicio efectivo del rol de rectoría, superar su propia lógica fragmentada para el diseño y abordaje del control del cáncer.

Bibliografía

- Abramzon, Mónica. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. 1ª ed., Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS, 2005.
- Abriata, M. Graciela, Ballesteros, Isabel. Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Análisis de situación de Salud por cáncer, Argentina, 2018. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001386cnt-20181213-boletin-epidemiologia.pdf>
-
- Acuña, Carlos; Repetto, Fabián. Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina. Documento de trabajo de la Red de Pobreza y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Asirwa, F; Greist, A; Busakhala, N; Rosen, B; Loehrer Sr, P. Medical Education and Training: Building In-Country Capacity All Levels. Journal of Clinical Oncology; 2015.
- Bañón, Rafael (comp.). La evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas. Diaz de los Santos. Madrid, 2003.
- Bardach, Eugene. Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas. Un manual para la práctica. CIDE, México, 1998.
- Borrell, Bentz, Rosa M. La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Argentina: OPS/OMS; 2004.
- Brailovsky, Carlos. Educación médica, evaluación de las competencias en Aportes para un cambio curricular en la Argentina. Buenos Aires University press 2001, 103 – 122.
- Brailovsky, Carlos. Evaluación del aprendizaje, estrategias innovadoras. Presentación en la reunión académica de la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud. Chile, 2006.
- Cabrero Mendoza, Enrique. De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales. Documento presentado en *el Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales*. BID, mayo 2006.
- Cadile, María del Carmen. La construcción de una respuesta académica. Diez años de cooperación técnica entre la Maestría en Salud Pública y el Ministerio de Salud

de la Ciudad de Buenos Aires. Tesis de Maestría. Salud pública. Universidad de Buenos Aires, 2010.

- Cao, Horacio.; Vaca, Josefina. El fracaso del proceso descentralizador argentino. Una aproximación desde la crítica a sus supuestos conceptuales. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Universidad Complutense de Madrid, 2006.
- Cingolani, Mónica. Relaciones intergubernamentales y descentralización: el papel de los mecanismos formales y fiscales de coordinación en la institucionalización de procesos descentralizadores. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, 2005.
- Chiara, Magdalena., Jimenez, Carlos. Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento. Ponencia presentada al XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, 2007.
- Davini, María Cristina. Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/davini.pdf>
- Di Virgilio, María Mercedes. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. 1º edición. CIPPEC. Buenos Aires, 2012.
- Dure, María Isabel; Cadile, María (comp.) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2015. Disponible en https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/gestionRH_US_Arg2015.pdf
- Flexner, Abraham. Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching Boston. The Merrymount Press, 1910.
- Flippa, Ana; Deluca, Mónica E. Medicina: impacto en la calidad educativa. CONEAU-Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. 1a ed. ampliada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017.
- Frenk, Julio; Londoño, Juan-Luis. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco

Interamericano de Desarrollo. Oficina del economista jefe. Documento de trabajo 353. Washington DC, 1997.

- Gualdrini, Ubaldo; Iummato, Luciana. Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final: diagnóstico de situación de la Argentina. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires, 2011.
- Hsieh, HF, Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. Artículo en *Qualitative Health Research*, 2005. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> Source: PubMed
- Kirkpatrick, Donald; Kirkpatrick, James. *Evaluating Training Programs. The four levels*. Berett-Koehler Publishers INC. San Francisco, 2006.
- Laspiur, Sebastián; Gonzalez, Gabriel. *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC*. 2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016.
- Licha, Isabel; Molina, Carlos G. *Coordinación de la Política Social: criterios para avanzar*. Documentos de trabajo del INDES. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Documentos de trabajo 158, 2006. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14527/coordinacion-de-la-politica-social-criterios-para-avanzar>
- Magrath, Ian; Sutcliffe, Simon. Building capacity for cancer treatment in low-income countries with particular reference to east Africa. *Cancer control*, 2014: 60, 62. Disponible en: <http://www.cancercontrol.info/cc2014/magrath-2/>
- Menendez, Eduardo. *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. Revista Salud Colectiva, La Plata 1(1), Enero-abril; 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. *Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación*. 1º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2014.
- Nirenberg, Olga.; Brawerman, Josette. y Ruiz, Violeta. *Evaluar para la transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Vol. 8 Editorial Paidós. Buenos Aires, 2000.

- O`Mailley, Gabrielle; Perdue, Thomas; Petracca, Frances. A framework for outcome-level evaluation of in-service training of health care workers. *Human Resources for health*, 2013, 11:50. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/50>
- Organización Panamericana de la Salud, Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud, Washington, D.C.: OPS, 2012 Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17794&Itemid
- Perrone, N. y Niremborg, O. *Formulación de Proyectos*. Ed. Mimeo. Buenos Aires, 2002.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Buenos Aires, 2018.
- Repetto, Fabián. *La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: Una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina*. Biblioteca virtual TOP, 2000. Disponible en <http://www.top.org.ar>
- Ribeiro, Eliana. *La enseñanza de la medicina como campo de transformación en: Educación Médica en transformación*. Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 2003. Tesis de doctorado.
- Roschke, MA., Brito, P.,Palacios M.A. *Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud*. Manual del Educador. OPS/OMS, Serie Paltex N°44. Washington, DC, 2002.
- Rovere, Mario *et al.* *Imaginario y decisiones migratorias de los jóvenes profesionales de la salud; una perspectiva de análisis para la carencia de recursos humanos especializados en el subsector público*. Estudio Exploratorio cuali-cuantitativo. Beca Carrillo- Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
- Sitio web del Ministerio de Salud de la Nación. Examen único médico en <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/las-residencias/concursos-de-ingreso-a-residencias/examen-unico>
- Spinelli, Hugo. *Volver a pensar en salud: programas y territorios*. Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires: 2016:12.

- Tamayo Sáez, Manuel. El análisis de las políticas públicas. En R. Bañón y E. Carrillo (Comp.), La nueva administración pública. Madrid: Alianza Universidad; 1997.
- Tobar, Federico. La atención de la salud. Documento del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud> Consultado el 19/05/2019
- Vasilachis de Giladino, Irene (comp.). Estrategias de investigación cualitativa. Ed. Gedisa. Barcelona, 2006.
- Vignolo, Julio. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int vol.33 no.1 Montevideo abr. 2011. Disponible en: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 Consultado el 11/05/2019
- Viniegra, María *et al.* Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Buenos Aires, 2010.
- Williams, G., Duré, I. y Dursi, C. Médicos en Argentina. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Buenos Aires, Argentina: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Resoluciones Ministeriales.

- Resolución N° 303/2008 del Ministerio de Salud de la Nación. Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.
- Decreto N°1286/2010 de Presidencia de la Nación. Creación del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°508/2011 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°1261/2011 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de prevención del cáncer cérvico-uterino, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°1813/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de control de cáncer de mama, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°2173/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de control de cáncer colorrectal, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°1565/2016 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°1253/2016 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de cuidados paliativos, bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer.
- Resolución N°404/2017 del Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de tumores familiares y hereditarios.

Instrumento de recolección de información.

Encuesta aplicada a profesionales de la salud que han obtenido una beca de capacitación del Instituto Nacional del Cáncer mediante el Programa de Formación de Recursos Humanos en Cáncer entre los años 2011-2017.

1. Nombre

2. Apellido

3. Sexo

Masculino

Femenino

4. Año de nacimiento

5. Provincia de residencia actual

En caso de residir en la Provincia de Buenos Aires, mencionar localidad

6. Especialidad de la beca realizada

7. A tu retorno luego de la beca, ¿te insertaste laboralmente?

Si

No

8. ¿Continúas vinculado a la especialidad en la cual te formaste a través de la beca del INC?

Si

No

9. ¿Aún trabajás en la misma provincia en donde residías previo a la beca?

- Sí
 No

10. ¿Seguís desempeñándote en el sector público?

- Sí
 No

11. ¿Volviste a la misma institución en la que trabajabas antes de la beca?

- Sí
 No

12. Si cambiaste de institución, ¿cuál fue el motivo? (elegir solo una opción)

- a. Te hicieron una mejor oferta en otra institución.
 b. Decidiste cambiar de especialidad.
 c. No te dieron la posibilidad de volver (te despidieron o forzaron a renunciar).
 d. No estabas con trabajo al momento de realizar la beca.
 e. No cambié de institución.
 Otro: _____

13. bis. Otro: Especificar

14. ¿En qué hospital o institución de salud te encontrás trabajando actualmente?

15. ¿En qué servicio te desempeñas?

16. ¿Cómo fue el reintegro a tu institución luego de la beca? (elegir solo una opción)

- a. Volví a mi mismo puesto de trabajo sin posibilidad de replicar lo aprendido en la beca
 b. Volví a mi mismo puesto de trabajo con posibilidad de replicar lo aprendido en la beca
 c. Volví a mi misma institución, pero con mayores responsabilidades

d. Volví a mi misma institución, pero me asignaron a tareas que no tienen que ver con mi especialidad

e. No volví a la misma institución.

Otro: _____

17. bis. Otro: especificar

18. ¿Considerás que desde que te reintegraste a tus tareas pudiste comenzar a aplicar en tu servicio lo que aprendiste en la beca?

Si

No

19. ¿Cuál fue la mayor dificultad que tuviste en el momento de volver a tu hospital luego de haber realizado la beca? (elegir solo una opción)

a. Falta de apoyo de jefa/e de servicio

b. Desinterés de los miembros del equipo con respecto a nuevas formas de hacer las cosas

c. Falta de insumos y/o equipamiento

d. Me asignaron a otro servicio

e. No tengo nombramiento

f. No tuve dificultades

Otro: _____

20. Al regresar a tu institución luego de la beca, ¿qué aspectos están favoreciendo que puedas comenzar a implementar lo aprendido? (se puede elegir más de una opción)

a. Contar con el apoyo de jefa/e de servicio y/o compañeros del hospital para escuchar nuevas propuestas/sugerencias

b. Seguir en contacto con el lugar donde realicé la beca para interconsultas y/o dudas

c. Contar con herramientas óptimas para desarrollar el trabajo (instrumental/equipamiento)

d. No están dadas las condiciones para que pueda implementar lo aprendido

Otro: _____

21. ¿Tuviste algún cambio en tu situación laboral a partir de la beca? (elegir solo una opción)

a. Asignación de personal a cargo

- b. Promoción o ascenso
- c. Aumento salarial (a partir de la capacitación realizada)
- d. Me salió el nombramiento ó contratación
- e. Ningún cambio
- Otro: _____

22. bis. Especificar otros

23. ¿Realizás actividad docente?

- Si
- No

24. 14 bis. En caso de responder afirmativamente, aclare donde la realiza:

Muchas gracias por tu tiempo.

Entrevistas a informantes claves.

Para el presente estudio se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves responsables de la implementación de líneas programáticas del Instituto Nacional del Cáncer. Las mismas se realizaron de manera presencial entre los meses de abril y mayo de 2019.

Se entrevistaron a:

- Lic. Agustín Olivetto. Lic. en Psicología. Mg. Laura Thouyaret. Especialista en Ciencias de la Educación. Coordinador Ejecutivo y Coordinadora Técnica del Programa Nacional de prevención de cáncer cérvico-uterino.
- Dr. Nicolás Dawidowicz. Médico especialista en cuidados paliativos. Coordinador del Programa Nacional de cuidados paliativos.
- Dra. Florencia Moreno. Médica especialista en hematooncología pediátrica. Coordinadora del Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer.
- Dra. Verónica Pesce. Médica oncóloga especialista en mastología. Coordinadora del Programa Nacional de control de cáncer de mama.

Anexos

MODELO DE CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE
EL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER (INC)
Y EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE-

Entre el INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (INC), representado en este acto por su Director, facultado para firmar convenios con organizaciones públicas y privadas en virtud de lo dispuesto por el art. 2° inc. J) y concordantes del Decreto N° 1286/10, con domicilio en Julio A. Roca 781 9° de la Ciudad de Buenos Aires, en adelante denominado “EL INSTITUTO”, por una parte; y por la otra el GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE, representado en este acto por su Ministro de Salud, Sr., con domicilio en de la localidad de, provincia de, en adelante denominada “LA PROVINCIA”; se acuerda celebrar el presente Convenio de Cooperación en el marco del trabajo que lleva adelante “EL INSTITUTO” en el fortalecimiento institucional para el control del cáncer en la Argentina, el que quedará sujeto a las cláusulas que a continuación se especifican:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.-

El presente convenio tiene por objeto formalizar las relaciones institucionales entre ambas partes a fin de desarrollar acciones tendientes a reducir la incidencia y mortalidad por cáncer, como así también mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en nuestro país. Entre dichas acciones se enumeran: a) Desarrollar y difundir las actividades de capacitación de Recursos Humanos que asisten al paciente con cáncer; b) Fomentar, fortalecer y mejorar la Investigación en el ámbito del cáncer; c) Profundizar acciones interinstitucionales de cooperación, complementación y colaboración con el fin de implementar programas de control del cáncer y el armado de redes y registros de prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías oncológicas, con el propósito de mejorar los índices de producción científica y de intercambio de conocimientos.-

CLÁUSULA SEGUNDA: INSTRUMENTACION.-

Con la finalidad de cumplimentar el presente Convenio de Cooperación, y en caso de resultar necesario, las partes se comprometen a suscribir aquellos convenios específicos, los que se redactarán de acuerdo a la naturaleza de las actividades a desarrollarse. Asimismo, ambas partes establecen que la redacción de los mismos, la definición de las responsabilidades, compromisos y acciones así como los informes correspondientes que elevará cada parte, se efectuará en forma consensuada aunque independiente y con arreglo a las normas vigentes, a los fines de asegurar fehacientemente el cumplimiento del objeto perseguido por el presente Convenio. Ninguna de las partes se encuentra facultada para celebrar contratos de ningún tipo ni adquirir compromisos, otorgar garantías o concluir negocio alguno en nombre de la otra u obligando a la otra parte, salvo expresa y previa autorización por escrito que se limitará singularmente a la operación autorizada. Ninguna de las partes podrá hacer uso del logo o denominación de la otra en ninguna publicidad o propaganda, cualesquiera fuera el medio de difusión, salvo autorización expresa del titular del logo o denominación.-

CLÁUSULA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO.-

El presente convenio tendrá una vigencia de VEINTICUATRO (24) meses, renovables automáticamente, a menos que una de ellas lo denuncie expresamente con una antelación no menor a TREINTA (30) días.-

CLÁUSULA CUARTA: EROGACIÓN PRESUPUESTARIA.-

El presente convenio no implica erogación alguna para ninguna de las partes entre sí y se encuentra basado en un marco de colaboración recíproca entre las mismas.-

CLÁUSULA QUINTA: PROPIEDAD INTELECTUAL.-

La propiedad intelectual de los resultados parciales o totales de actividades conjuntas que se puedan realizar entre las partes, pertenecerán a ambas partes y estarán a disposición de las mismas. Para el uso de terceros, tanto EL INSTITUTO como LA PROVINCIA deberán prestar su conformidad.-

CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN.-

Cada una de las partes, se reserva el derecho de rescindir unilateralmente el presente convenio mediante notificación fehaciente a la otra parte con una antelación no menor de SESENTA (60) días a la fecha en que decida disolver el vínculo, no pudiendo ser antes de los primeros DOCE MESES (12 meses) de entrada en vigencia del presente convenio. La rescisión podrá estar fundada en la falta de conveniencia o en otro motivo de entidad que se dará a conocer a la otra parte junto con la voluntad de dejar sin efecto el presente convenio.-

CLÁUSULA OCTAVA: COMPETENCIA.-

Las partes se comprometen a resolver en forma directa entre ellos y por las instancias jerárquicas que correspondan, los desacuerdos y discrepancias que pudieran originarse en el planteamiento y ejecución de las actividades acordadas en el presente convenio; y en última instancia, en caso de contienda judicial, acuerdan someterse a la jurisdicción de los Tribunales Federales con asiento en la Capital Federal renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder.-

CLÁUSULA NOVENA.-

Todo cambio o modificación que se pretenda efectuar sobre el presente Convenio de Cooperación deberá realizarse por escrito y ser firmado por representantes de ambas partes en prueba de conformidad.-

CLÁUSULA DÉCIMA: DOMICILIOS.-

Las partes constituyen domicilio en el indicado en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras notificaciones que se practiquen.- En prueba de conformidad, se suscriben TRES (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de Buenos Aires, en fecha .

Síntesis de la reunión ordinaria del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (CO.FE.SA) donde se presentó estrategias de capacitación a los Ministros de Salud. Disponible en la web del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

ACTA N°01/2012

Se realizó en el Centro de Congresos y Convenciones Arrayanes en la ciudad de villa la Angostura, en fecha 18 de mayo del año en curso la I Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud del año 2012, con la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, a la vez Presidente de este Consejo, miembros de su gabinete, Directores, Jefes de Programas, y las máximas autoridades sanitarias, (o sus delegados) de 23 jurisdicciones, de la República Argentina.- El Sr. Ministro de la Provincia de La Pampa se excusó por no poder participar de la presente reunión.-

El Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, junto con la Sra. Vice Gobernadora de la Provincia de Neuquén, Dra. Ana María Pechen, y el Sr. Ministro de Salud de la provincia, Dr. Rubén Butigüé dan la bienvenida a todos los ministros y delegados presentes.- Se encuentran presentes asimismo el Sr. Intendente de la localidad de Villa La Angostura. Profesor Roberto Cacault, y el Sr. Representante de la Organización Panamericana de la Salud, Sr. Pier Paolo Balladelli.- Se destaca asimismo la importancia de los temas de agenda que se desarrollarán en el presente encuentro.-

1.- Instituto Nacional del Cáncer.-

Presenta el tema el Dr. Roberto Nestor Pradier, Director del Instituto Nacional del Cáncer quien expresa que se realizará una actualización de lo que oportunamente se presentó en la ciudad de Posadas, Provincia de Misiones; el Instituto no tiene laboratorios propios.- Destaca que por la importancia del cáncer se lo creó y que depende directamente del Ministerio de Salud de la Nación.- Entre sus funciones se encuentra mejorar el registro epidemiológico, y sistema de información, fortalecer políticas de prevención y detección de cáncer, elaborar estrategias de comunicación.-

El Dr. Pradier informa que se otorgan becas y se incentiva la investigación en cáncer y destaca el registro oncopediátrico argentino que ya alcanzó al 90% de casos de cáncer infantil en todo el país.-

Dentro de la estructura del Instituto se desarrollan los programas de cáncer colorrectal, de mama, cáncer familiar y hereditario y cuidados paliativos.- **En el marco de los mismos se han otorgado becas en el año 2011 en todo el país, y para el año en curso se otorgarán becas de una año y de tres a ocho meses sea para enfermería, oncológica y oncopediátrica, talleres y cursos de psicooncología.-**

En el área de investigación se han aprobado ayudas financieras en clínica, básica epidemiológica y social por catorce millones de pesos y se está desarrollando la segunda convocatoria de becas de iniciación a investigación.-

En lo referido a vigilancia y registro: el mismo se lleva a cabo de dos formas: poblacionales e institucionales.- Los poblacionales se han fortalecido los registros provinciales.- En cuanto a los

institucionales se creó un software que permite que cada hospital y el ministerio sepan lo que acontece en cada jurisdicción.-

Al referirse a cada uno de los programas el Dr. Pradier expresa que el cáncer cérvico uterino es el mas avanzado por el test de HPV.- Da cuenta por otra parte que en el programa de cáncer de mama se realizan distintos talleres de calidad de mamografía, radio protección de pacientes y definición en los estudios.-

En resumidas cuentas se debe hacer hincapié en prevención primaria, y hacer tamizaje de acuerdo a sexo, edad, para luego el diagnóstico y tratamiento en todas sus etapas.-

A continuación habla el Sr. Ministro de la Nación quien explica que se creó hace menos de dos años y que eso permitió avanzar en cuanto a la inversión del estado con becas, formación de recursos humanos atento el gran avance de la enfermedad y los casos de mortalidad.-

El Ministro de Salud de la Provincia de Jujuy, Dr. Victor Urbani toma la palabra agradeciendo al Instituto Nacional del Cáncer por haber iniciado en su provincia los mecanismos de detección temprana a través del test de HPV.- Ello permite efectuar un seguimiento del programa tanto desde el aspecto preventivo como en el seguimiento posterior, evitando falsos positivos y negativos.- De esta forma se reduce el error al 5%.- Dicho programa se instaló en el principal hospital de la provincia y se realizan tres mil estudios mensuales con el objetivo de alcanzar los treinta mil estudios.- En la provincia de Jujuy el cáncer de cuello de útero tiene una mortalidad de catorce por cien mil.- Expresa a continuación el Ministro de Salud de la Nación que dicho tipo de cáncer se da en el NOA Y NEA con una tasa por encima de la media.-

Resalta que por ello resulta necesario trabajar en prevención, detección temprana y vacunas, usando todas las herramientas.-

A continuación habla el Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Santiago del Estero, el Dr. Luis Martinez y manifiesta que esto ayuda a ordenar en el tratamiento de la problemática, antes librado a la voluntad de los equipos.- Y que hay que trabajar mucho en prevención.- Por otra parte, el Ministro de Salud de la provincia de Entre Ríos, Dr, Hugo Cettour agradeció al Instituto Nacional del Cáncer por los talleres de cuidados paliativos, y que esto configura un incentivo a las provincias a ordenarse.-