

# La Gestión por Procesos como Modelo de Acreditación de Residencias Profesionales

## Process Management as a Model for Medical Residences Accreditation

Susana Elsa Salomón-Poroyán<sup>a</sup>

### Resumen

**Introducción:** La adecuada gestión de la salud es un desafío que reconoce determinantes fundamentales. Uno de ellos, es la capacitación del capital humano en el sistema de residencias profesionales. La cultura de la evaluación institucional por medio de la acreditación de las residencias profesionales, a través de una gestión de calidad como la gestión por procesos, contribuye al logro de la excelencia, que se traduce en un mejor cuidado de la salud de la población.

**Método:** Esta investigación se sustentó en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos. La metodología elegida fue una investigación acción participativa.

**Resultado:** La respuesta a la hipótesis de si "es posible construir un sistema de acreditación, a través de una gestión por procesos que permita evaluar eficientemente las particularidades de la formación de posgrado en las residencias" ha sido afirmativa, mediante la creación de un modelo teórico. El modelo se evaluó en una prueba piloto en dos residencias de una misma especialidad, para estimar diferencias que podrían asignar un resultado positivo y uno negativo en relación a la acreditación.

**Conclusión:** Se logró a través de una innovación metodológica educativa y de gestión en salud, efectuar un aporte original al cuerpo de conocimientos teóricos, sobre la gestión por procesos y sus aplicaciones.

**Palabras clave:** acreditación, gestión por procesos, residencias.

### Abstract

**Introduction:** The adequate management of health care constitutes a challenge that recognizes fundamental determinants. One of them is the training of human capital in the system of professional residences. The culture of institutional evaluation contributes to the achievement of excellence, which translates into better health care for the population. This can be accomplished through the accreditation of professional residences as well as through quality management, such as process management.

**Method:** This research was based on the complementation of both quantitative and qualitative methods. Participatory action research was the chosen methodology.

**Result:** The answer to the hypothesis "is it possible to create an accreditation system through process-based management that allows for an efficient evaluation of the particularities of postgraduate training in residences" has been affirmative, through the creation of a theoretical model. The model was evaluated in a pilot test where two residences of the same specialty were chosen to estimate the differences that could assign a positive and negative result in relation to the accreditation.

**Conclusion:** An original contribution to the theoretical knowledge about process management and its application has been achieved through educational, methodological and health management innovation.

**Keywords:** accreditation, management process, residences.

<sup>a</sup> Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, Centro Universitario, Parque General San Martín, C.P. 5500, Ciudad de Mendoza, Provincia Mendoza, Argentina.

Correspondencia: Susana Elsa Salomón Poroyán  
Universidad Nacional de Cuyo  
Correo electrónico: susanaelsasalomon@gmail.com

## Introducción

El desafío de la adecuada gestión de la salud en un lugar determinado, en un momento histórico y en un tiempo definido reconoce diversos determinantes fundamentales como son los biológicos, los sociales, los culturales, los económicos, los medio-ambientales, la organización de las políticas públicas y el sistema de salud con su capital humano, además de los éticos. Uno de los determinantes con mayor relevancia en lograr cambios profundos en diversos aspectos, es el referido a la capacitación de cada una de las personas, independientemente del rol que cada una de ellas cumpla en la sociedad considerada: sea como políticos, que tienen la responsabilidad de la gestión; como ciudadanos, usuarios del sistema de salud; como profesionales, que constituyen el capital humano institucional o como profesionales en formación, que van a ser parte del sistema y donde es esencial hacer especial hincapié en el momento de la capacitación.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define como residencias médicas “al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines”<sup>1</sup>.

A través de las residencias, se deben formar profesionales en un programa basado en la mejor evidencia científica disponible. Además el sistema de residencias debe tener por objeto humanizar la tarea asistencial. En el marco de la bioética y a través de la enseñanza-aprendizaje tiene que lograr estimular y desarrollar el interés por la investigación, por la formación continua y por la educación para la salud. La residencia debe transformar al profesional en un educador de los pacien-

tes y de sus colegas, y formarlo para el trabajo interdisciplinario y en equipo<sup>2,3,4,5,6</sup>.

Los cambios de paradigma en el área de salud se han plasmado en distintos modelos, este trabajo se inscribe en el paradigma del pensamiento complejo de Edgard Morin, vale decir un “tipo de relación lógica (inclusión, conjunción, disyunción, exclusión) entre un cierto número de nociones o categorías maestras”.

En este devenir se ha generado en salud un verdadero desafío tanto en la educación como en su gestión, porque este también es tiempo de pensar en el sistema educativo desde su complejidad, lo cual requiere una nueva lógica y una nueva epistemología educativa. Educar significa en este tiempo de incertidumbre, procurar que la formación de los profesionales alcance una visión holística de la realidad.

La importancia de propiciar innovación no solo en los procesos de enseñanza-aprendizaje o el uso de las nuevas tecnologías, además hay que promover cambios en la evaluación, incluso en la evaluación institucional, con fines de acreditación, que permita avanzar hacia una cultura de la evaluación.

El fin de las instituciones de salud, es decir de todo el sistema de salud, es el ciudadano sano o enfermo. La formación de los profesionales para este sistema de salud, necesita de una acreditación para resolver las necesidades de control de gestión, para dar respuesta a las demandas sociales. En los últimos tiempos se le ha dado mucha importancia a los sistemas de evaluación, reconocimiento y acreditación de competencias profesionales. Algunos consideran que la acreditación es un nuevo recurso para la mejora de los sistemas educativos formales y se plantea como un reto en la educación de las personas adultas para el siglo XXI. Cualquier acción que permita desarrollar un sistema de acreditación sistematizado, eficiente, eficaz y efectivo, reproducible y confiable, contribuye a la mejora continua y con ello a la calidad<sup>7,8,9,10,11</sup>.

Cuando lo hacemos aspiramos a la excelencia y la búsqueda de la excelencia hoy como en tiempo de Aristóteles es el objetivo primario de la ética.

La presente investigación responde a la necesidad de contar con información esencial para tomar decisiones que permitan optimizar la formación de los profesionales de los equipos de salud, garantizar la capacitación y el entrenamiento en competencias y en definitiva, contar con capital humano adecuadamente formado para dar respuesta a la Salud Pública. El fundamento de esta necesidad es que en salud es indispensable gestionar adecuadamente todos los recursos disponibles, por lo que generar la gestión de un modelo de acreditación que garantice el recurso que se está formando, es imprescindible. Si ese modelo de gestión es producto de una gestión de calidad, innovadora, que permita la mejora continua y el valor agregado en cada paso, como es la gestión por procesos, gestión en la que se logra la participación y el compromiso de todos los involucrados en la organización sin importar cual sea su rol, y se pasa de la evaluación punitiva a la constructiva en la que se colabora para el logro de los objetivos.

El objetivo general de este trabajo fue diseñar un modelo de gestión por procesos para acreditar residencias, que permitiera detectar las particularidades de cada residencia y que pudiera servir de instrumento en la mejora continua de las organizaciones formadoras de capital humano en salud.

## Método

La vivencia en la formación de posgrado, primero como educando y luego como educador y la experiencia en participación en gestión de educación de posgrado, ha generado en la autora de este trabajo la necesidad de establecer lineamientos en la evaluación de los posgrados, particularmente del sistema de residencias del equipo de salud, a fin

de poder disponer de modelos con estándares definidos, unificar criterios y optimizar la calidad y competencias del egresado.

Así mismo se identificó la necesidad de resolver la gestión de una acreditación del sistema de residencias que apunta al desarrollo y a la mejora continua. Por ello, al tener en cuenta las demandas y necesidades detectadas, y retomando el objetivo general, se realizó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo (descriptivo desde lo cuali y cuantitativo), con un diseño basado en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos. Esta investigación basada en metodología mixta, apunta a una triangulación permanente, como estrategia para una comprensión de la situación, disminuir el riesgo de errores y un acercamiento más profundo a la realidad. La formulación del modelo es predominantemente cualitativa, en función de la necesidad del objeto investigado. Esta elección permite estrategias para una visión y comprensión más integral de los hechos, para que se formule un modelo que responda a las necesidades y demandas que surgieron de la inmersión en el tema.

Se identificó la necesidad de resolver la gestión de una acreditación del sistema de residencias que apunta al desarrollo y a la mejora continua del sistema de residencia.

Se trata de una investigación aplicada, sustentada en un paradigma interpretativo a través del abordaje de una investigación acción participativa<sup>12,13,14,15,16</sup>. Se tomó como idea directriz el abordaje a través de cuatro ciclos<sup>17</sup>. Como se observa en la Figura 1, en el primer ciclo se detectó el problema de investigación, se clarificó y diagnosticó. En el segundo ciclo, se realizó la formulación de un plan para resolver el problema, es decir, se formuló el modelo, que se implementó en una prueba piloto y se evaluó en el tercer ciclo. El cuarto ciclo permitió la retroalimentación, el cual condujo a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

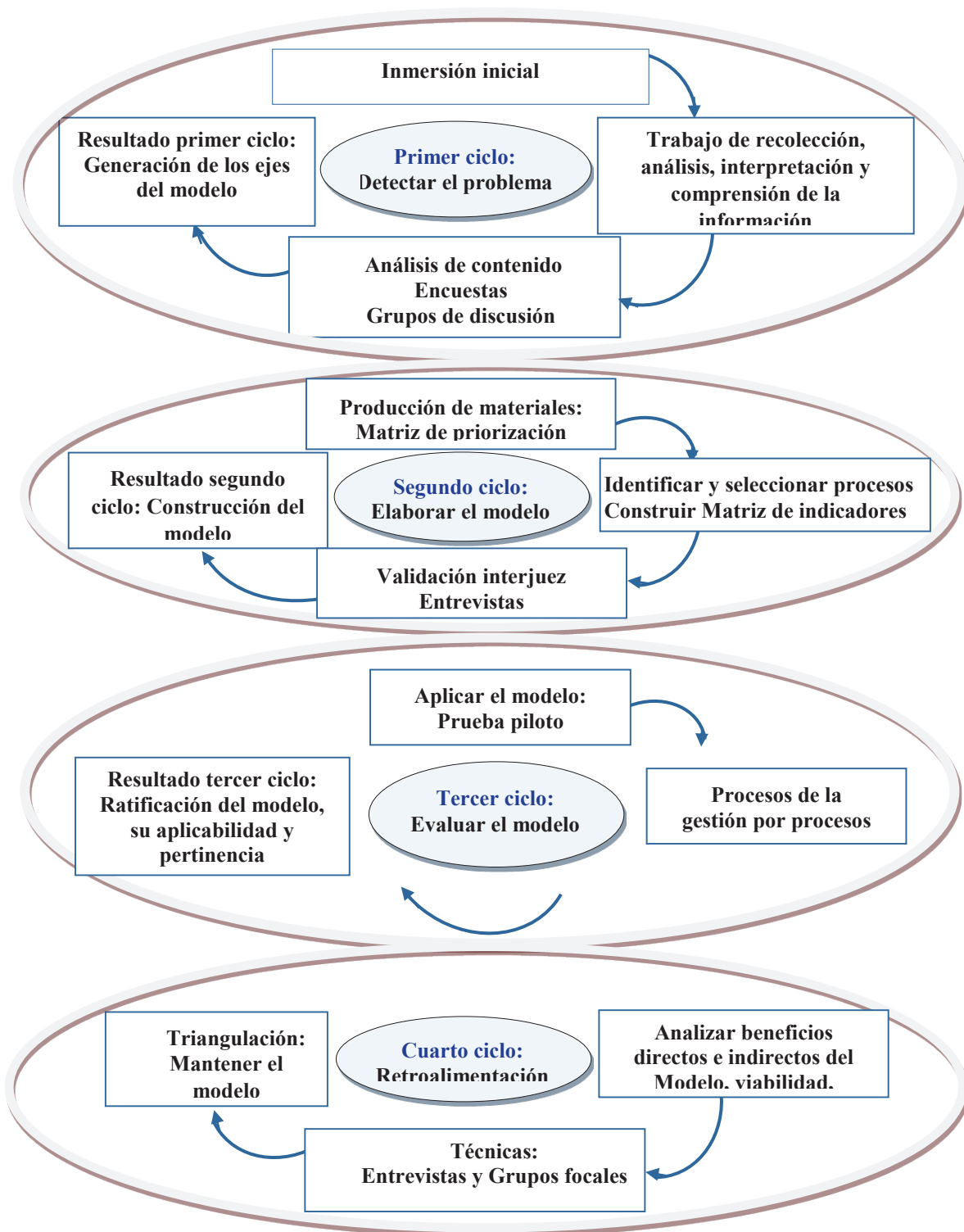


Figura 1. Esquema de la metodología realizada.

Fuente: Elaboración propia.

El objetivo específico del **primer ciclo** fue detectar el problema e identificar los ejes sobre los que se debía basar el modelo de gestión de la acreditación. Para ello se llevó a cabo el trabajo de recolección, análisis, interpretación y comprensión de la información que se estructuró en diversos momentos.

En un primer momento, se consideró una evaluación que se realizó en el año 2001, en Argentina a nivel nacional, organizada por la OPS y la representación de la OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS) en Argentina.

Se utilizó un instrumento de evaluación de las residencias médicas, que debía ser completado en cada institución y luego se hizo una puesta en común con los miembros de los Comités de Docencia de todas las instituciones. Parte de los resultados se constituyeron en insumos para un artículo científico y para la Ley de Residencias de la provincia de Mendoza (Ley 7857)<sup>18,19</sup>.

La técnica utilizada para la presente investigación fue el análisis de contenido de las evaluaciones de OMS/OPS, las evaluaciones previas realizadas por la autora y del marco normativo, así como lectura crítica de fuentes bibliográficas y hemerográficas relacionadas con evaluación y acreditación de residencias médicas.

Para completar la información y conocer las opiniones de los actores involucrados como son los residentes en formación y los formadores (jefes de servicio, profesionales de planta e integrantes de los Comités de Docencia e Investigación), se elaboró y aplicó otra encuesta. Luego se compararon los resultados entre ambas.

También se realizó en la ciudad de Buenos Aires, en el año 2013, el "II° Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas". En el marco del mismo se llevaron a cabo diversos talleres. Uno de esos talleres se denominó "Acreditación y Monitoreo de Residencias. La formación de

posgrado como estrategia de mejora de la salud pública".

Uno de los puntos que más llamó la atención fue el tema de la participación de una comisión interdisciplinaria e interinstitucional con actores no convencionales como el gremio de los profesionales de la salud con representación mayoritaria. Es interesante precisar que en Mendoza, a partir de la implementación de la Ley 7857, ley provincial de residencias, se integró la Comisión Permanente de Residencias que está conformada por un Consejo Asesor Directivo y por Subcomisiones Asesoras. El Consejo Asesor Directivo (CAD) está formado por representantes del: Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Humano, Familia y Comunidad, gremio de los profesionales de la salud con representación mayoritaria, asociaciones profesionales, universidades con carreras de grado cuyos egresados puedan acceder a residencias, sociedades científicas y representantes de los servicios formadores<sup>19</sup>. La Comisión es no vinculante y ejerce el rol de consultora del Ministerio de Salud de la Provincia, quien es, en última instancia, el órgano de aplicación y control de políticas de salud. Los miembros se desempeñan ad-honorem y tienen entre sus funciones evaluar residencias para acreditarlas. La investigadora de este trabajo es integrante del CAD.

En los mencionados talleres, aprovechando la relevancia del foro así como el tema, los alcances geográficos y el espacio generado, con la participación de docentes representantes de todas las universidades del país se presentó la oportunidad de dialogar con grupos de discusión que apoyaron en la recolección de información relevante para comprender mejor la realidad.

En estos talleres quien escribe participó activamente, como expositora y coordinadora y, en el grupo de discusión como observadora participante. En forma grupal se elaboraron conclusiones.

A partir de cada una de estas técnicas surgió como resultado de este primer ciclo, la generación de los ejes sobre los que debía elaborarse el modelo.

Los objetivos específicos del **segundo ciclo** fueron elaborar una matriz de priorización, identificar las premisas básicas del soporte del modelo, diseñar el modelo, identificar y seleccionar los procesos de la gestión por procesos (procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de apoyo o gestión) y construir indicadores para definir la "matriz de indicadores".

Con los productos obtenidos en este ciclo, se realizó con un grupo de médicos del CAD (CAD1) seleccionado por su capacidad y trayectoria, para la validación a través de la técnica de evaluación interjuez. Para llevar a cabo este ciclo se utilizaron grupos de discusión que permitieron avanzar hacia procesos deliberativos. Los grupos de discusión realizaron encuentros semanales por seis meses hasta que se produjo la saturación teórica.

Paralelamente al desarrollo del modelo se participó activamente del proceso de evaluación de todas las residencias médicas de la provincia de Mendoza. En dicha evaluación se utilizó un protocolo diseñado por el CAD, que consistía en aplicar un instrumento de evaluación interna y uno de evaluación externa.

Esta situación enriqueció, profundizó y ratificó la necesidad de un modelo sistematizado para ser aplicado por distintos evaluadores que garantizará una visión integral y objetiva del objeto de estudio (la residencia en proceso de acreditación), que permitiera la mejora continua y el valor agregado y que fuera independiente del evaluador que aplique el instrumento.

Se trianguló la información con entrevistas semiestructuradas a informantes claves de las instituciones y del CAD1.

Los resultados de este ciclo permitieron determinar unidades de análisis que se codificaron. Se describieron las categorías codificadas que emergieron del primer nivel, realizando conceptualizaciones, definiciones y otorgándoles significado. La codificación de las categorías de segundo nivel, permitieron agrupar categorías codificadas, relacionarlas y generar patrones. En definitiva se generaron explicaciones que permitieron seleccionar información vital para la formulación del modelo.

Se trianguló toda información obtenida y el resultado del segundo ciclo fue la construcción del modelo.

En el modelo se optó por definir los siguientes procesos: Procesos Estratégicos, Procesos Operativos y Procesos de Gestión.

Se seleccionaron como Procesos Estratégicos o Sustantivos al proceso de Autoevaluación, al Proceso de Evaluación Externa y al Proceso de Resolución. Estos procesos se complementaron con la generación de Procesos Operativos y de Gestión que se esquematizan en el Mapa de Procesos de este modelo en la Figura 2.

Se decidió el análisis de dos dimensiones: un análisis del marco institucional con información de la sede de formación (ejemplo hospital, centro de salud), del servicio formador y de la residencia en situación de formación y un análisis del proyecto educativo. A continuación se sintetizaron las variables incluidas en el modelo de estas dos dimensiones.

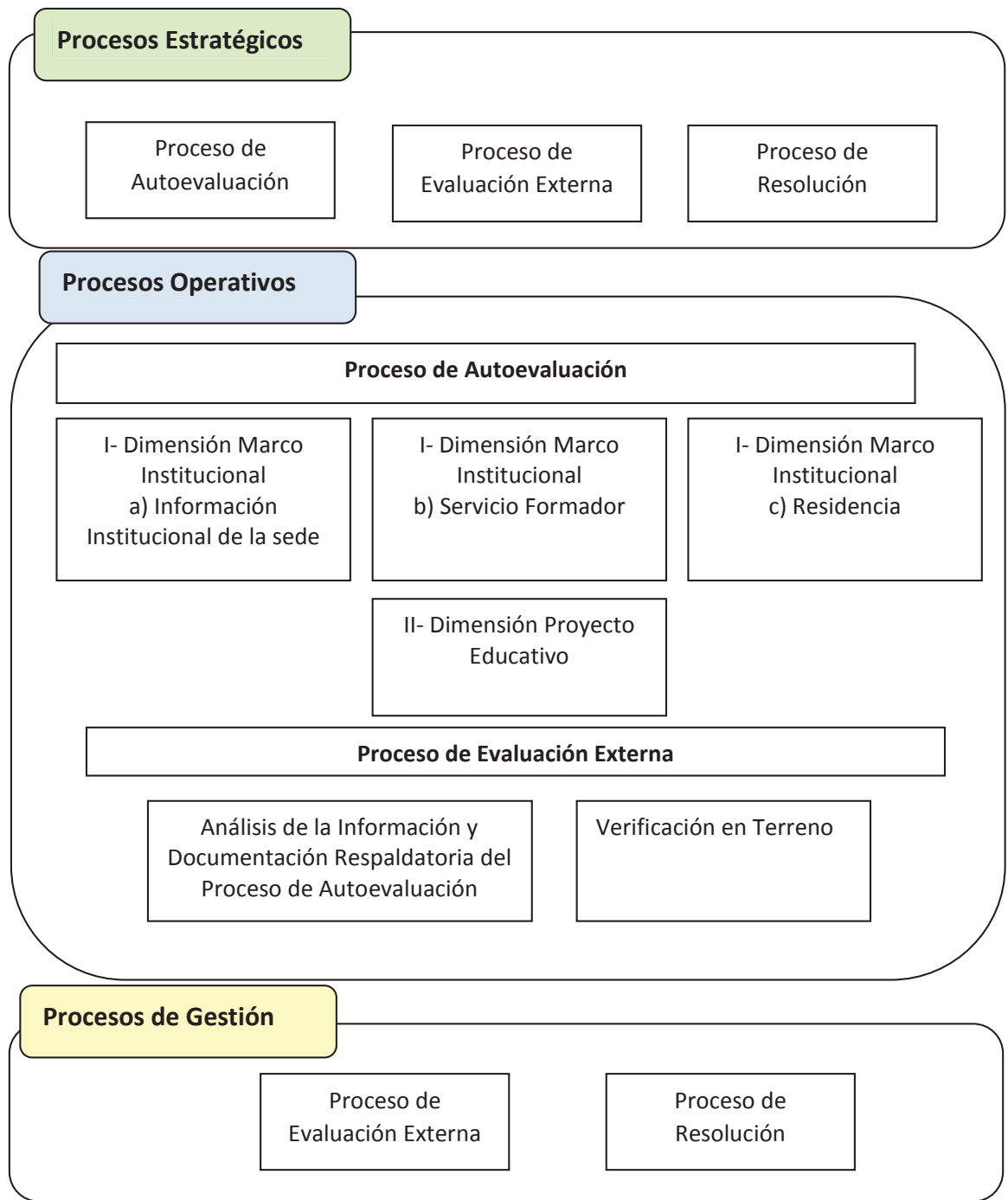


Figura 2. Mapa de Procesos del Modelo propuesto.  
Fuente: Elaboración propia.



## Dimensión Marco Institucional

Información institucional de la sede: estructura de la institución; misión institucional; comités institucionales asesores; comité de docencia e investigación; sistemas permanentes de registro; actividades académicas; convenios; residencias de la propia sede; formalización de las pasantías.

### Servicio formador

Estructura de la institución; organigrama; estadísticas del servicio formador; ámbitos de práctica; capital humano del servicio formador; principales diagnósticos del servicio formador; servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento del servicio formador; prestaciones del servicio formador; interconsultas; tipos y modalidad de capacitación en el servicio formador; sistema de calidad.

### Residencia

Clima organizacional; responsable de la residencia; evaluaciones previas; política de autoevaluación institucional; políticas de admisión y apoyo; desgranamiento; perfil del egresado; ámbitos de desempeño del residente; formación en distintos escenarios y el rol en la actividad asistencial en cada uno de ellos; rol del residente; problemas locales / nacionales de salud y enfermedad; tipo de análisis; integración docencia – investigación – asistencia – extensión / articulación con la comunidad; régimen de trabajo; espacios para hábitat; acceso a tecnologías de la información y la comunicación.

## Dimensión Proyecto Educativo

Programa educativo, plan de actividades; manual de procedimientos; guías de conductas diagnósticas y terapéuticas; metodología de enseñanza–aprendizaje; competencias a alcanzar durante todo el proceso de formación; forma-

ción respecto de las responsabilidades ético-legales, administrativas y asistenciales derivadas del ejercicio profesional; sistema de evaluación, modalidad de supervisión, movilidad: rotaciones o pasantías de formación, investigación científica; capital humano formador; seguimiento de egresados; espacios destinados para la formación teórica; aspectos administrativos y financieros (para residencias de gestión privada); fortalezas y debilidades de cada residencia.

Cabe destacar que se consideró imprescindible crear indicadores especiales de variables lo suficientemente importantes que contribuyeran a definir en positivo o negativo la acreditación. Estos indicadores se denominaron indicadores centinelas. Los indicadores centinelas se ponderaron numéricamente considerando que el valor 1 tiene peso para decidir “no acreditación”, valores entre 2 y 4 requieren incluir “recomendaciones” y el valor 5 fue considerado óptimo. Dado que este modelo se aplicó por primera vez, según el contexto, se consideraron indicador de datos agrupados, que incluían a los indicadores centinelas y que contribuyeron a decidir la acreditación o no de la sede.

En el **tercer ciclo** el objetivo específico fue evaluar el modelo. El producto logrado, el modelo de gestión por procesos para la acreditación de residencias, fue sometido a valoración a través de la aplicación en una prueba piloto, para la cual se seleccionaron dos residencias de clínica médica. El fundamento de esta selección se basó en el hecho de que las residencias elegidas en una evaluación previa, habían obtenido el mayor y el menor puntaje, de todas las residencias evaluadas de una misma especialidad. Esta selección además se apoyó en que la evaluación del modelo buscaba evaluar un modelo de gestión, en este caso de gestión por procesos y no las particularidades de una especialidad involucrada.



En la aplicación del modelo, la autoevaluación tuvo como actores participantes a los jefes de servicio y a los Comités de Docencia e Investigación, en el proceso de evaluación externa participó además del CAD1, una comisión formada por diversos especialistas de especialidades médicas y por profesionales con formación pedagógica. Los resultados de la prueba piloto se desarrollan en el apartado "Resultados".

El resultado del tercer ciclo fue que se objetivó el modelo y se ratificó su aplicabilidad y pertinencia realizando pequeños ajustes.

En el **cuarto ciclo** los objetivos específicos fueron considerar beneficios directos e indirectos del modelo, analizar la viabilidad del modelo para residencias de otras profesiones de la salud y considerar la necesidad de mantener o modificar el modelo.

Las técnicas utilizadas fueron: entrevistas abiertas, semiestructuradas y grupos focales a CAD1, a la comisión de especialistas y a integrantes de comités de docencia de diferentes sedes. La selección de estos actores se basó en el perfil de los participantes, su pertinencia con el tema de educación de posgrado y acreditación y en su representatividad, ya que los profesionales seleccionados son miembros de diversas profesiones del equipo de salud y de distintas especialidades, además de ser participantes intersectoriales e interinstitucionales con experiencia. Luego se procedió a la triangulación con base en fuentes (CAD1, comisión y Comités de Docencia e Investigación) y a técnicas.

El resultado del cuarto ciclo fue la ratificación del modelo y su pertinencia para ser aplicado en otras residencias del equipo de salud.

## Resultados

En el apartado de método se han descrito los resultados de cada ciclo propuestos por la investigadora en la generación del modelo formulado.

Se presentan en este apartado los resultados de la prueba piloto del modelo aplicado a dos residencias médicas de una misma especialidad, una del ámbito estatal y otra del ámbito privado, para poder demostrar comparativamente que este modelo permitió además estimar diferencias que pudieran asignar un resultado positivo y uno negativo en relación con la acreditación.

Con base en la aplicación del modelo y teniendo en cuenta la matriz de indicadores generada como resultado de los Procesos de Autoevaluación y Evaluación Externa, en el Proceso de Resolución la Residencia A resultó "Acreditada" y la Residencia B resultó "No Acreditada".

En ambos casos, el Proceso de Resolución tuvo como producto un informe final que integró todos los resultados de los indicadores de las distintas etapas de los procesos por los que pasó la gestión de la acreditación de las residencias.

Se planificó en el contexto del modelo, una devolución detallada de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas observadas en las distintas instancias de la evaluación institucional.

Los resultados de una síntesis de la aplicación del modelo en la prueba piloto se detallan en las Tablas 1 y 2, en donde se han incluido solo los indicadores centinelas de las dos sedes analizadas (Residencia A y B). Los indicadores centinelas están relacionados con la medición y con la calidad. Se consideraron indicadores centinela a aquellos que miden o identifican procesos serios o críticos cuyo incumplimiento justificara una revisión individual de cada caso para evitar que se vuelvan a producir ocasionando inclusive la no acreditación o la recomendación para un plan de mejoras en pos de la mejora continua.

Tabla 1. Indicadores centinelas de la Dimensión Marco Institucional. Proceso de evaluación externa de la RESIDENCIA A y B: Matriz de Indicadores.

<b>Indicadores centinelas de la Dimensión Marco Institucional</b>		
<b>Indicador centinela: Misión Institucional</b>		
Criterio de evaluación	Residencia A	Residencia B
No existe (No está definida)= 1 Tiene pero es desconocida o existe pero no contempla la formación= 2 La misión institucional contempla la formación= 3 La misión institucional se aplica plenamente pero se conoce parcialmente= 4 La misión institucional se conoce y aplica plenamente= 5	<b>Indicador centinela= valor 4</b> La misión institucional se aplica plenamente pero se conoce parcialmente por lo tanto se recomienda mejorar la difusión para favorecer el conocimiento de la misión institucional.	<b>Indicador centinela= valor 2</b> La misión institucional no contempla la formación y es desconocida por los actores participantes. Se debe recomendar a la sede plantearse la necesidad de reformular la misión institucional. Una vez re-formulada en relación a la formación, mejorar la difusión para favorecer el conocimiento de la misión institucional.
<b>Indicador centinela: Comité de Docencia e Investigación</b>		
Criterio de evaluación	Residencia A	Residencia B
No existe=1 Tiene pero es desconocido=2 Tiene pero no participa activamente en la RESIDENCIA= 3 Tiene y participa parcialmente en la RESIDENCIA = 4 Tiene, se conoce y participa plenamente en la RESIDENCIA=5	Indicador centinela= 4 Existe el comité de docencia e investigación. Participa activamente en las actividades de la RESIDENCIA A. Tiene participación en la evaluación pero solo con función de control, no supervisa la misma. Se recomienda optimizar la participación.	Indicador centinela= 3 Existe el comité de docencia e investigación. Participa activamente en las actividades de la RESIDENCIA B. No tiene participación en la evaluación no controla, ni supervisa la misma. Se recomienda optimizar la participación.
<b>Indicador centinela: Perfil del egresado</b>		
Criterio de evaluación	Residencia A	Residencia B
No existe o es incompleto para la disciplina=1 Existe pero es inadecuado (En Mendoza, no cumple con lo que establece la Ley 7857)=2 Es adecuado para el perfil de la RESIDENCIA B pero es desconocido por los diferentes actores=3 Es adecuado y es conocido=4 Es adecuado, es conocido y se cumple=5	Indicador centinela= 5	Indicador centinela=1 El perfil se debe reformular para cumplir con lo que establece en Mendoza la Ley 7857. El 50% de profesionales conocen el perfil del egresado mal formulado. El 50% de profesionales pueden relacionar acciones para el logro del perfil del egresado propuesto. Es débil el grado de correspondencia entre el perfil del egresado, la misión institucional y el proyecto educativo.
<b>Indicador centinela: Acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)</b>		
Criterio de evaluación	Residencia A	Residencia B
No existe=1 Existe pero es insuficiente e inadecuado=2 Existe, es suficiente y adecuado=3 Existe pero no está disponible todo el tiempo=4 Existe, es adecuado, suficiente, disponible y en correspondencia con los objetivos del programa=5	Indicador centinela= 5 La accesibilidad a TICs que otorgan igualdad de acceso y oportunidades de capacitación continua existe, es adecuada, suficiente, disponible y en correspondencia con los objetivos del programa.	Indicador centinela= 5 La accesibilidad a TICs que otorgan igualdad de acceso y oportunidades de capacitación continua existe, es adecuada, suficiente, disponible y en correspondencia con los objetivos del programa.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Indicadores centinelas de la Dimensión Proyecto Educativo. Proceso de evaluación externa de la RESIDENCIA A y B: Matriz de Indicadores.

<b>Indicadores centinelas de la Dimensión Proyecto Educativo</b>		
<b>Indicador centinela: Programa educativo</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
Los objetivos no permiten el logro del perfil profesional=1 Los objetivos permiten parcialmente el logro del perfil=2 Los objetivos permiten el logro del perfil.=3 El programa está estructurado por año y es adecuado al perfil Cumple en Mendoza con lo que establece la Ley 7857=4 El programa está estructurado en competencias e incluye además de la formación asistencial-preventiva, educación para la salud, competencias en herramientas de gestión, TICs, metodología de la investigación y bioética=5	Indicador centinela= 4 El grado de correlación de los métodos de enseñanza-aprendizaje empleados es adecuado en relación a los saberes, las prácticas y los objetivos del programa. Si bien se han establecido algunas competencias, el programa no ha sido formulado por competencias, lo cual constituye una recomendación.	Indicador centinela= 1 Existe un programa educativo aprobado y actualizado. Está estructurado por año. En la práctica hay asignaturas independientes y en algunos casos el responsable/docente elige los contenidos sin corroborar que cumplan con lo que establece el programa. Se debe reformular generando un programa coherente, adecuándose a la modificación del perfil y la misión institucional y debe cumplir con lo que establece en Mendoza la Ley 7857. Los objetivos se encuentran relacionados con el perfil profesional y la misión institucional inadecuadamente formulados. Se elabora recomendación.
<b>Indicador centinela: Metodología de enseñanza-aprendizaje</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
No tiene establecida metodología de enseñanza-aprendizaje=1 Tiene métodos que se aplican deficientemente=2 Tiene métodos adecuados pero con déficit en la gradualidad de la adquisición=3 Tiene métodos de aplicación aceptable=4 Tiene métodos eficientes, eficaces y efectivos=5	Indicador centinela= 4	Indicador centinela= 4
<b>Indicador centinela: Supervisión</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
No existe supervisión o la supervisión no es presencial=1 La supervisión es realizada por residentes=2 La supervisión esta sistematizada y es llevada a cabo por profesionales de planta en tiempo parcial=3 La supervisión esta sistematizada y es llevada a cabo por profesionales de planta todo el tiempo en algunos escenarios. Se garantiza la presencialidad=4 La supervisión esta sistematizada y es llevada a cabo por profesionales de planta todo el tiempo y en todos los escenarios. Se garantiza la presencialidad=5	Indicador centinela= 5 La supervisión es adecuada en internación, ambulatorio, centros de salud y emergencia.	Indicador centinela= 3 La supervisión es adecuada en internación, ambulatorio y emergencia. Las actividades son supervisadas hasta las 17 hrs.
<b>Indicador centinela: Evaluación</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
No existe o existe pero es totalmente inadecuado=1 En elaboración o es parcialmente inadecuado=2 Existe un sistema de evaluación adecuado, aprobado y socializado=3 El sistema se cumple parcialmente=4 El sistema se cumple totalmente y aporta innovación pedagógica=5	Indicador centinela= 5	Indicador centinela= 1 La modalidad de evaluación es totalmente inadecuada. Solo se evalúan conocimientos una vez por semestre con un examen escrito, único para todos los años de RESIDENCIA B con distintos niveles de aprobación. No se evalúan las actividades prácticas.

Tabla 2. Indicadores centinelas de la Dimensión Proyecto Educativo. Proceso de evaluación externa de la RESIDENCIA A y B: Matriz de Indicadores (Continuación).

<b>Indicador centinela: Rotaciones</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
No tiene movilidad=1 Las pasantías son inadecuadas por el porcentaje de tiempo a rotar, por no tener objetivos o no ser evaluadas=2 Las pasantías tienen un porcentaje de tiempo a rotar adecuado con objetivos establecidos=3 Las pasantías tienen un porcentaje de tiempo a rotar adecuado con objetivos y evaluaciones establecidos=4 Las pasantías son sistematizadas, garantizadas y con objetivos y evaluaciones establecidas=5	Indicador centinela= 5	Indicador centinela= 3 El programa de movilidad de rotaciones de formación es adecuado, incluye instancias en la propia institución, en la provincia, en el país y en el extranjero. Existen rotaciones obligatorias y electivas. Los objetivos no han sido establecidos. La evaluación de las rotaciones no se ha sistematizado. En la mayoría de los casos se ha implementado el sistema a través de aceptación formal por parte de los comités de docencia de las respectivas instituciones
<b>Indicador centinela: Investigación</b>		
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Residencia A</b>	<b>Residencia B</b>
No existen actividades de investigación. Existen proyectos pero no se realizaron con la metodología adecuada. Proyectos adecuadamente formulados. Investigaciones presentadas en eventos científicos. Investigaciones publicadas en revistas especializadas con referato.	Indicador centinela= 5 El servicio lleva a cabo varias líneas de investigación. Por año se presentan en jornadas y congresos nacionales e internacionales entre 12 y 15 trabajos en formato comunicación libre, todos con tratamiento estadístico de los datos. En el análisis de la información y en la presentación participan activamente los residentes, guiados por el instructor y personal de planta de referencia. Se publican de 2 a 4 trabajos por año en revistas con referato, con participación de los residentes.	Indicador centinela= 1 El servicio ha llevado a cabo pocas investigaciones, fundamentalmente se presentan casos clínicos. No tienen conocimiento del marco normativo. No existe formación en metodología de la investigación en los formadores. Se recomienda que el Comité de Docencia establezca una instancia de formación que propicie la capacitación en este tema y que sea compartida por formadores y por profesionales de otras residencias de la institución.

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

Desde varios puntos de vista es imprescindible apoyar al fortalecimiento de políticas de desarrollo de recursos humanos, en el marco de los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para ello, es indispensable generar conocimiento e información necesarios para mejorar la calidad y efectividad de estas políticas y realizar propuestas de intervención.

Para mejorar la salud de la población, los recursos humanos constituyen un factor fundamental. Para formar los recursos humanos es necesaria la planificación y desarrollo de un modelo educativo.

En la planificación del modelo educativo, tanto la evaluación institucional como la acreditación son etapas que deben ser especialmente consideradas<sup>3</sup>.

Es necesario un cambio que mejore la sistematización de la gestión para llevar a cabo la acreditación de un sistema de formación de recursos humanos en salud en posgrado, como es el caso del sistema de residencias.

La puesta en práctica de proyectos de evaluación institucional, a través de la acreditación, es un fiel reflejo de lo que actualmente están demandando los sistemas sociales<sup>3,7,8,9,10,11</sup>.

Es de resaltar que no existen antecedentes de que una gestión por procesos haya sido utilizada como modelo de acreditación del sistema de residencias. La elección de este modelo se basó, en que la gestión por procesos es un tipo de gestión que propicia la mejora continua y en lo metodológico, incorpora en los distintos pasos del proceso, un valor agregado. Además la toma de decisiones y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los actores involucrados. La gestión por procesos se centra en el usuario, en sus necesidades y expectativas y en la calidad del proceso a realizar<sup>20,21,22,23,24,25,26,27</sup>.

Se diseñó gestionar la acreditación a través de una gestión por procesos, que permitió marcar los límites del proceso, asignar responsables e identificar los elementos del proceso y los factores intervinientes para establecer su interacción y hacer posible una gestión objetiva, práctica y transparente. Otras características que se lograron con este diseño, fueron: facilidad de la aplicación del modelo y obtención de resultados específicos de valoración de la residencia, a través de indicadores creados para ello.

Este modelo permitió valorar la oportunidad de analizar, planificar, ejecutar y monitorear las diferentes acciones realizadas como mejora continua de la institución, a favor de propiciar la mejor formación para los profesionales del equipo de salud en las residencias.

La gestión por procesos permitió definir actividades, realizar el análisis de las dimensiones de calidad más relevantes y establecer las mejoras necesarias. Asimismo, incluyó métodos para sistematizar dichas actividades y monitorizar los indicadores principales que informaron sobre la situación permanente de los procesos.

Tal como indica la literatura del área, los indicadores y mediciones siempre acompañan a la gestión por procesos, por eso se eligió esta modalidad no usada para la acreditación de residencias<sup>22,23,24,25,26,27</sup>. A modo de síntesis se puede establecer que las características básicas que debe tener un indicador de gestión son que sea objetivo, que agregue valor al proceso de toma de decisiones, que pueda ser comunicado y divulgado, establecido en consenso y que refleje el compromiso de quienes lo establecieron<sup>27</sup>. ¿Qué pondera? los aspectos clave del proceso. Por ello, entre los indicadores y las herramientas esenciales para evaluar el rendimiento de los procesos y gestionarlos, se determinó en este trabajo definir indicadores, denominados "centinelas", como ya se mencionó, los cuales fueron definidos por variables críticas. Se especificó que los indicadores centinelas fueran lo suficientemente importantes, jerarquizando aquellos que tuvieran argumentos objetivos para acreditar o no una residencia. Se estableció en la prueba piloto, que los indicadores centinelas fueran trascendentales para poder definir qué residencia debía o no ser acreditada, con la posibilidad de recomendaciones para la mejora continua en todos los casos y propuestas para un plan de mejoras para el logro de los cambios pertinentes y así poder acceder a acreditación en futuras oportunidades, a las residencias que no lograron la misma.

## Conclusión

Si una residencia está acreditada por un sistema confiable y diseñado desde la responsabilidad social, es una señal para los usuarios internos y externos de que al menos

se cumplen en la formación los estándares mínimos y las expectativas de todos los actores involucrados.

Si además se realiza con una modalidad de gestión eficiente, que propicia un valor agregado, motivando e involucrando a todos los integrantes de la institución para la participación responsable y la mejora continua, la meta alcanzada es superadora, porque tiende a la excelencia como horizonte.

La priorización de políticas de desarrollo de recursos humanos, a través de los programas de formación del equipo de salud en las residencias profesionales, incide directamente en la salud pública, mejorando su calidad y efectividad.

El modelo propuesto es de fácil aplicación por otros investigadores, cualquiera sea la profesión en que se esté formando a través de la residencia, además, brinda datos objetivos efectivos para determinar la calidad del programa ofrecido y por lo tanto acreditarlo o no.

Plantea también nuevas líneas de investigación para verificar o no la pertinencia de cambiar la gestión de las instituciones de salud a gestiones por procesos.

Esta investigación por lo tanto, tiene relevancia para políticas e intervenciones sanitarias, para la formación de capital humano en salud y para la investigación en salud.

Con este trabajo se pretende lograr a través de una innovación metodológica educativa y de gestión en salud, efectuar un aporte original a la ampliación del cuerpo de conocimientos teóricos, sobre la gestión por procesos y sus aplicaciones.

## Referencias

[1] Organización Panamericana de la Salud. Residencias Médicas en América Latina. Washington D.C.: OPS;

2011. Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Américas N° 5.

[2] Borrell Bentz M. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-OPS; 2005.

[3] Duré I. Revista Argentina de Medicina 2015; 3(5): 2-4.

[4] Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. Educ Med 2015; 16(1):3-8.

[5] Elizondo C, Giunta D, González Bernaldo De Quirós F, Dawidowski A, Figar S, Waisman G. La investigación clínica en residencias de medicina interna de la Argentina. Facilitadores y barreras. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 455-460.

[6] Prieto-Miranda S, Canales-González M, Jiménez-Bernardino C, Esparza-Pérez R, Rodríguez-Rivera L. Perfil de valores humanos de médicos en formación profesional. Inv Ed Med 2015; 4 (16):216-222.

[7] Pardell H. La acreditación de la formación médica continuada y la mejora de la calidad. Situación actual en España y en el ámbito internacional. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(3):171-7.

[8] De Miguel Díaz M. Evaluación institucional versus acreditación en la enseñanza superior. Implicaciones para la mejora. Contextos educativos 2004; 6(7): 13-20. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1049442.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1049442.pdf)

[9] Heaton J. The Future of Accreditation. Planning for Higher Education 2012; 40(3): 8-15.

[10] Kennedy M, Rainsberry P, Kennedy M, Abner E. Accreditation of Postgraduate Medical Education. Members of the FMEC PG consortium; 2011:2-15.

[11] Medina Fernández O, Sanz Fernández F. Los sistemas de reconocimiento y acreditación de los aprendizajes no formales e informales: referencias históricas, funciones socioeducativas y perspectiva teórica. Revista de Educación 2009; 348: 253-281.

- [12] Investigación educativa. Abriendo puertas al conocimiento. Abero L, Berardi L, Capocasale A, García Montejó S, Rojas Soriano R. Uruguay: CONTEXTO S.R.L.; 2015.
- [13] Manual de investigación cualitativa. Paradigmas y perspectivas en disputa. Vol II. Norman Denzin, Yvonna Lincoln. España. GEDISA; 2013.
- [14] Vargas Cordero Z. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación* 2009; 33(1): 155-65.
- [15] Perdomo G. La Investigación-Acción-Participante como Estrategia para la Capacitación y Evaluación en Educación Sanitaria. *Cad. Saúde Públ*, 1994; 10 (3): 331-8.
- [16] Cisterna Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación Cualitativa. *Theoria*, 2005; 14 (1): 61-71
- [17] Metodología de la investigación Quinta edición. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández-Collado y Pilar Baptista Lucio. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
- [18] Borrell Bentz M. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS; 2005.
- [19] Ley de Residencias N° 7857. (Boletín Oficial Provincia de Mendoza, N° 28.184, 27 de junio de 2008).
- [20] Maldonado J. Gestión de procesos. 2011 [Sitio en internet]; acceso 7 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011e/1084/indice.htm>
- [21] Bravo Carrasco J. Gestión de procesos (Alineados con la estrategia). 4° ed. Santiago Chile: Editorial Evolución; 2011.
- [22] Portero Ortiz M. Gestión por Procesos: Herramienta para la mejora de centros educativos. VII Congreso de EDUCACIÓN Y GESTIÓN. Disponible en: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/Gesti%C3%B3n%20por%20procesos.pdf>
- [23] Paneque P. Gestión por Procesos en el sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2002. [acceso 26 de abril de 2018]. Disponible en [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion\\_procesos.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf)
- [24] Marrero Araújo M, Domínguez Montalvo J, Fajardo Soto B. La Gestión por Procesos como técnica para el éxito de las organizaciones. [acceso 2 de abril de 2014]. Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/infdn1512/infdn03212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/infdn1512/infdn03212.htm)
- [25] Mallar M. La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Vis. Futuro* 2010; 13 (1): 1-22.
- [26] Medina León, Nogueira Rivera y Hernández Nariño. Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua. *EIDOS* 2009; 65-72.
- [27] Gestión de procesos: Cómo definir indicadores (KPI) y cuadros de mando. [internet]; [acceso 7 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.pdcahome.com/4501/gestion-de-procesos-como-definir-indicadores-y-cuadros-de-mando/>

**Recibido:** 26 de septiembre de 2017

**Corregido:** 5 de marzo de 2018

**Aceptado:** 15 de marzo de 2018

**Conflicto de interés:** No existe conflicto de interés