



SERIE

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas
Nº5

Residencias médicas en América Latina



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SERIE

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas

Nº5

Residencias médicas en América Latina



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

PROYECTO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
“Residencias médicas en América Latina”
Washington, D.C.: OPS, © 2011
(Serie: *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* N° 5).

ISBN: 978-92-75-31633-7

I. Título

1. CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
2. POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD
3. GESTIÓN EN SALUD
4. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD — recursos humanos
5. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
6. ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
7. AMÉRICA LATINA

NLM W 20.DA15

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. El Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2011. Todos los derechos reservados

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación fue realizada por los doctores Rosa María Borrell, Charles Godue y Rodolfo Kaufmann, tomando en consideración los aportes de los representantes de países en la reunión de Paraguay sobre residencias médicas, realizada en septiembre de 2010. Se agradece especialmente a la licenciada Mónica Abramzóm y al doctor José Francisco García-Gutiérrez por sus valiosas revisiones y aportes; también se extiende un reconocimiento al doctor Hernán Montenegro por las observaciones realizadas.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

Índice

| | |
|--|------------|
| Prefacio | v |
| Resumen ejecutivo | vii |
| I. Introducción | 1 |
| II. Análisis de situación de las residencias médicas en 14 países | 5 |
| A. Datos generales | 5 |
| B. Sistema de planificación y gestión | 31 |
| C. Regulación, normas y procedimientos | 40 |
| D. Formación | 46 |
| E. Consideraciones finales sobre los datos ofrecidos por los países | 51 |
| III. Desafíos fundamentales de las residencias médicas | 53 |
| A. Políticas de residencias | 53 |
| B. La gestión y regulación de las residencias | 64 |
| C. La formación en las residencias | 69 |
| IV. Conclusiones y recomendaciones | 91 |
| 1. Orientar las políticas de las residencias médicas para su contribución al desarrollo de la APS y las RISS | 91 |
| 2. Establecer sistemas de planificación de las residencias médicas e invertir en salud familiar | 92 |
| 3. Fortalecer la coordinación entre salud y educación para la gestión de las residencias médicas | 94 |
| 4. Orientar los programas de residencias por competencias y los ámbitos de aprendizaje en la lógica de las RISS | 96 |
| 5. Estructurar los programas de formación con la incorporación de las universidades | 98 |
| 6. Impulsar procesos de acreditación de los programas de formación de los especialistas | 99 |
| V. Lineamientos de trabajo | 103 |
| 1. Las políticas formación y la planificación a largo plazo | 103 |
| 2. Acreditación de los programas de las especialidades básicas | 103 |
| 3. Definición de competencias transversales de APS para cada una de las especialidades básicas y de medicina familiar | 104 |
| 4. Plan de formación de formadores | 104 |
| Apéndice A: Encuesta enviada a los países para la reunión de Paraguay | 105 |
| Apéndice B: Primer Taller Regional de Residencias Médicas | 109 |
| Apéndice C: Programa del Seminario Virtual sobre Residencias Médicas en el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) | 115 |
| Apéndice D: Listado por países de especialidades médicas reconocidas | 119 |



Lista de tablas y gráficos

- Tabla y gráfico A.1: Cantidad de especialidades médicas reconocidas, por país
- Tabla y gráfico A.2: Áreas de formación de las especialidades médicas reconocidas
- Tabla A.3: Cantidad y tipo de especialidades médicas reconocidas por país
- Tabla A.3.1: Especialidades seleccionadas
- Tabla A.4: Número de especialidades por años de formación en 7 países
- Tabla A.5: Especialidades con duración de 3 años, por país
- Tabla A.6: Especialidades con duración de 4 años, por país
- Tabla A.7: Duración en años de las residencias en especialidades básicas, por país
- Tabla y gráfico A.8: Duración en años de las residencias en especialidades básicas, 12 países
- Tabla A.8.1: Comparación años duración residencias de medicina familiar 2000-2010
- Tabla A.9: Sedes hospitalarias formadoras, por país
- Tabla A.10: Sedes hospitalarias formadoras por subsector y país
- Gráfico A.10: Porcentaje de sedes hospitalarias formadoras por subsector y país
- Gráfico A.10.1: Cantidad de sedes formadoras hospitalarias y no hospitalarias en Cuba
- Tabla A.11: Total plazas anuales de residencia, por país
- Tabla A.12: Total plazas anuales de residencia por subsector y país
- Tabla A.13: Plazas anuales de residencias en especialidades consideradas básicas por país
- Tabla A.13.1: Plazas especialidades de APS, básicas y totales por país
- Tabla A.13.2: Plazas de medicina familiar y plazas totales, por país, 2000 y 2010
- Tabla A.14: Residencias en otras profesiones
- Tabla A.14.1: Residencias uni-profesionales y multiprofesionales de ciencias de salud
- Tabla A.15: Salario mensual estimado por residente
- Tabla B.1: Institución rectora de las residencias por países
- Tabla B.2: Ámbitos de orientación de las residencias por país
- Tabla B.3: Sistemas de información de las residencias
- Tabla B.4: Mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de los residentes
- Tabla B.5: Cantidad de guardias semanales por país
- Tabla B.6: Programas de prevención y notificación de enfermedades laborales
- Tabla B.7: Condiciones laborales y ambientales
- Tabla B.8: Responsables del proceso académico
- Tabla C.1: Ámbitos institucionales de formulación de reglamentos de residencia
- Tabla C.2: Unidades docentes y sus funciones en hospitales
- Tabla C.3: Acreditación de programas y sedes
- Tabla C.4: Mecanismos y procedimientos de selección de candidatos
- Tabla C.5: Países que poseen examen nacional para el ingreso a la residencia
- Tabla C.6: Tipo de titulación al término de un programa de residencia
- Tabla D.1: Programas de formación
- Tabla D.2: Período de revisión de los programas de formación
- Tabla D.3: Acceso a información actualizada
- Tabla D.5: Acceso a información actualizada



Prefacio

Cuando se trata de identificar la relación de las residencias médicas con la renovación de la atención primaria de salud, se presentan diversos interrogantes en cuanto a las razones que las conectan, ya que la dinámica de las especialidades médicas parece responder fundamentalmente a la demanda de los pacientes, al desarrollo del conocimiento médico y a los avances de la tecnología; y aparentemente existe la percepción, en los colegios médicos, las organizaciones de salud y el mundo académico en general, de que la atención primaria de salud pertenece a otro ámbito de discusión, extraño a sus propias preocupaciones y prácticas y, en muchos casos, visto en términos marginales y periféricos.

Las políticas y las decisiones sobre las especialidades médicas, y por extensión los programas de residencias, tienen una lógica y una realidad propia que escapan muchas veces al dominio de las políticas públicas y a las orientaciones de los sistemas de salud. Esta percepción es reforzada por la escasa presencia del tema de las especialidades médicas en los debates y documentos internacionales de políticas de recursos humanos en los últimos años.

Esta situación es sorprendente por múltiples razones. Primeramente, en forma más inmediata, cuando se incursiona en el mundo de las especialidades médicas se aprecia un entorno bastante desordenado, donde los principios, las evidencias y las normas que nutren y rigen su organización y su desarrollo se hacen difíciles de identificar. Otra razón, quizás anecdótica, es que al observar muchos países industrializados o de gastos elevados en salud, se encuentran mecanismos o formas de planificación del personal médico consistentes con las políticas y modelos de organización de los servicios de salud de dichos países. Una razón de orden práctico, es que en la mayoría de los países de América Latina, las autoridades públicas de salud, ministerios de salud e institutos de seguridad social, son las principales fuentes de financiación de las plazas de residencia médica y proporcionan los ámbitos clínicos de formación.

En nuestro criterio, los principios ordenadores de las residencias médicas no pueden hallarse fuera de las orientaciones de políticas del sector salud. Uno de los atributos esenciales de la atención primaria de salud en contextos reales es el acceso universal a una atención de salud centrada en las personas y sus necesidades. Sin duda, este atributo genera una tensión difícil de administrar; entre garantizar una disponibilidad de personal de salud calificado cercano a las personas y sus entornos de vida y, al mismo tiempo, asegurar el acceso a un personal de salud especializado cuando la condición del paciente lo requiera. Esta tensión debe ser reconocida y negociada en los foros y en las comisiones democráticas donde corresponde, pero lo que no debiera ocurrir o aceptarse, como suele pasar muchas veces, es el poner ambos lados en oposición.

La inversión requerida para instalar un primer nivel de atención sólido y capaz debe procurarse, por lo menos a mediano plazo, mediante la búsqueda de un mayor nivel de eficiencia en la utilización de los servicios de salud y en la or-



ganización (o división) del trabajo y no a expensa de los servicios institucionales especializados.

Las experiencias de diversos países de la Región, incluyendo los Estados Unidos de América, en el contexto de su nueva legislación de salud, muestran bien que la expansión del primer nivel de atención como estrategia de extensión de cobertura genera, por lo menos inicialmente, un aumento de la demanda de servicios especializados, al detectar problemas graves anteriormente no atendidos. Estos dos niveles no deben oponerse, sino coordinarse y, por que no decirlo, respetarse mutuamente.

Nuestros sistemas de salud necesitan urgentemente fortalecer simultáneamente su nivel comunitario de atención a la salud y los mecanismos de coordinación entre niveles y establecimientos. La presión hacia una mayor gestión y eficiencia en el uso de los recursos disponibles se intensificará en los próximos años con el envejecimiento de nuestras poblaciones y la carga creciente de las enfermedades no transmisibles.

Las implicaciones para las residencias médicas, tanto en su planificación y ordenamiento, son reales, serias y complejas. Una de las más inmediatas es la necesidad de fortalecer y expandir las residencias en medicina familiar y en las especialidades básicas.

En última instancia, el desafío más difícil del cambio es probablemente cultural, en dos acepciones. La primera es el reconocimiento del valor del trabajo coordinado, o del equipo de salud, en el cual cada uno tiene su rol, sus competencias y sus responsabilidades, y entiende y valora la contribución y los atributos del otro. La segunda dimensión consiste en comenzar la discusión sobre las residencias médicas, con pleno respeto a los intereses legítimos involucrados, pero ahora en la plaza pública, en el debate sobre las políticas públicas.

En la reunión de Asunción donde participaron 14 países de la Región, percibimos una voluntad política y un movimiento en esta dirección. Es la aspiración de esta publicación informar y contribuir, aun modestamente, a este proceso esencial para el derecho a la salud.

Dr. Charles Godue

Coordinador del Proyecto de Recursos Humanos del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria, OPS



Resumen ejecutivo

Se entiende 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.

Los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y los ministerios de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas.

El presente estudio muestra información cuantitativa y cualitativa de 14 países de América Latina sobre los sistemas y mecanismos de planificación, gestión y formación de los futuros especialistas, además de observaciones puntuales de los encargados de los ministerios de salud y educación acerca de la situación compleja de los sistemas de residencias médicas.

Las conclusiones evidencian la necesidad de reorientar las políticas de recursos humanos en salud, y de la formación de especialistas en particular, ampliando las fronteras de las especialidades básicas y especialmente de la Medicina Familiar. Con recursos humanos especializados en áreas básicas y de alta calidad, los países podrán garantizar la cobertura universal a los sistemas de salud a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y de los sistemas integrados de servicios de salud (RISS).

Un importante desafío es consolidar sistemas de planificación y gestión que garanticen la formación y el empleo de especialistas en las provincias y municipios de cada país, por lo que se deberán crear sistemas de incentivos que garanticen su retención en dichos lugares.

Se sugiere fortalecer la coordinación entre los organismos rectores de Salud y Educación para garantizar la calidad de la educación, la acreditación adecuada de programas e instituciones asistenciales docentes, superar los problemas relativos a la titulación y habilitación profesional de los especialistas, elaborar directrices en materia de calidad de la educación superior transfronteriza y garantizar los diplomas confiables. Esto contribuiría a establecer un vínculo mayor entre los programas de formación de las residencias instalados en los servicios y las universidades y el compromiso de las mismas en el acompañamiento a los procesos educativos de las residencias.



I. Introducción

Desde el año 2005, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) vienen promoviendo en el mundo, y en la Región de las Américas en particular, un fuerte movimiento destinado a generar políticas y mecanismos de planificación y gestión que garanticen la cantidad y calidad de los profesionales de la salud.^{1, 2}

Los desafíos y metas propuestos por ambas instituciones buscan encarar problemas puntuales como la ausencia de profesionales bien formados en lugares adecuados, controlar la migración, generar calidad en las condiciones laborales y mejorar el desempeño del personal de salud, reforzar los programas de formación de los profesionales e instalar procesos de acreditación.

Dentro de los desafíos también se incluyen la planificación de la formación y el empleo de los especialistas en salud, así como el establecimiento de procesos de gestión y regulación de los programas de formación. Las residencias médicas son la modalidad más conocida para la formación de los especialistas de la medicina, existiendo pocos estudios que reúnan información sobre la situación de las mismas en América Latina.

Los objetivos de este estudio son:

- presentar información relevante sobre los mecanismos de planificación, gestión y formación de los especialistas de 14 países de América Latina;
- destacar los problemas y preocupaciones más relevantes acerca de las residencias médicas, y
- contribuir con propuestas y lineamientos de trabajo sobre la planificación, gestión y formación de las residencias médicas para ser consideradas por los países dentro del marco de políticas públicas de salud.

Para realizar este estudio se utilizó un enfoque que integra *datos generales cuantitativos* sobre las residencias, suministrado por los 14 países participantes del estudio a través de una encuesta (apéndice A), y *datos cualitativos* acerca de la planificación, regulación y formación de los especialistas. Estos datos se ordenan a partir de los grupos de trabajo de una reunión presencial, realizada en Paraguay, con representantes de los 14 países, incluidos dos países que participaron como invitados especiales (Canadá y España) (apéndices B.1, B.2 y B.3), y del informe de un foro virtual sobre residencias médicas celebrado a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), con una participación de aproximadamente 100 participantes provenientes de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud y de las residencias médicas de todos los países de América Latina

1. OPS/ Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario. Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas*, y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, octubre de 2005.

2. OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.ª Sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC. 2007.



(apéndice C). También se realizó una *revisión de bibliografía* referida al tema que ha servido de base para la interpretación de aspectos sustantivos.

Con la combinación de estos enfoques, se obtuvo un producto que permite valorar los temas más destacados en la planificación, gestión y formación de los especialistas, que se pone a la disposición tanto de los ministerios de salud como de todas aquellas instituciones interesadas en el desarrollo de las residencias médicas.

La parte cuantitativa del estudio presenta algunas limitaciones por razones del propio diseño abierto de la encuesta y por la carencia de información en algunos de los países. De esta manera, hay datos donde la información no aparece completa para los 14 países.

A pesar de estas limitaciones, se ha considerado importante presentar la información disponible, en tanto la Región no dispone de estudios que permitan establecer comparaciones y problemas o preocupaciones comunes. Posiblemente la misma ayude tanto a los países que participaron del estudio como al resto, a reflexionar sobre sus necesidades, sus precisiones en los mecanismos de planificación y gestión y las mejoras en los programas de formación.

La encuesta y las reuniones buscaron actualizar la información disponible en los países convocados para generar un ejercicio de ordenamiento y análisis de la misma; identificar y discutir los problemas comunes de las residencias médicas; analizar las especialidades de base que precisan los países; discutir los procesos de gestión y las normativas de prácticas de trabajo de las residencias; generar espacios de diálogo e intercambio entre los países sobre las políticas, las normativas, los perfiles de formación y los procesos curriculares, así como identificar líneas de trabajo y cooperación técnica.

Tanto la recolección de la información a través de la encuesta como las dos reuniones fueron realizadas durante el segundo semestre del año 2010.

Es importante reseñar que los temas de la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS)³ y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)⁴ fueron discutidos de manera especial durante los dos encuentros. Estos temas se retoman como los marcos orientadores del libro para proponer la planificación de las *residencias básicas* y de *medicina familiar* como la base de la organización de la pirámide de formación de los especialistas en cada país.

Este libro se presenta como parte de la Serie sobre *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, con cuatro capítulos que se dividen de la siguiente manera:

- un primer apartado con los datos de los países y las principales conclusiones de los mismos;

3. OPS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EUA: OPS, 2007.

4. OPS/OMS. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Serie: *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, Nº 4. Washington D.C. 2010.



- un segundo apartado con información cualitativa producto de los dos encuentros (presencial y virtual) donde se comparten preocupaciones y desafíos;
- un tercer apartado con las conclusiones y recomendaciones generales del estudio, y
- un cuarto apartado con lineamientos de trabajo que se proponen desarrollar en el marco de la cooperación técnica con OPS con los países.



II. Análisis de situación de las residencias médicas en 14 países

La recolección de información sobre las residencias médicas en 14 países de América Latina a través de una encuesta (apéndice A) se planteó como mecanismo para caracterizar la situación actual de las mismas, identificar las tendencias y problemas comunes y como base inicial para generar espacios de diálogo e intercambio entre los países y promover cambios en la direccionalidad de las políticas.

En el llenado de la encuesta y en la reunión presencial participaron 14 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Los responsables de las residencias médicas de los ministerios de salud de cada uno de los países convocados respondieron a una encuesta que contenía 31 preguntas divididas en cuatro capítulos que interrogaban acerca de: datos generales de las residencias, los sistemas de planificación y gestión, los procesos de regulación, normas y procedimientos y los relativos a la situación actual de la formación. La información aportada planteó algunas dificultades para su sistematización debido a inconsistencias generadas por los aportes realizados desde distintas dependencias institucionales.

Los resultados de la encuesta contribuyen a generar una base preliminar de información y demandan una revisión posterior en profundidad en cada uno de los países, a la luz de otras informaciones relacionados con el sistema de salud, las políticas de recursos humanos, el comportamiento de los mercados de trabajo y educación, y fundamentalmente, la información epidemiológica en los diferentes espacios geográficos.

De los análisis particulares que se realicen en cada país, se espera que surjan propuestas novedosas de planificación de las residencias con programas estratégicos para formar profesionales con mayores capacidades de resolución e integrados en equipos de salud.

Este apartado consta de cuatro secciones relativas a: A) Datos generales; B) Sistema de planificación y gestión; C) Regulación, normas y procedimientos y; D) Formación.

Al final del apartado se presentan las consideraciones finales sobre los datos ofrecidos por los países.

A. Datos generales

Este apartado pretende ofrecer algunas características consideradas relevantes en el escenario de las residencias de los países participantes de la encuesta, en el que se describen y comparan datos cuantitativos que expresan la información vinculada con el número y tipo de especialidades médicas reconocidas



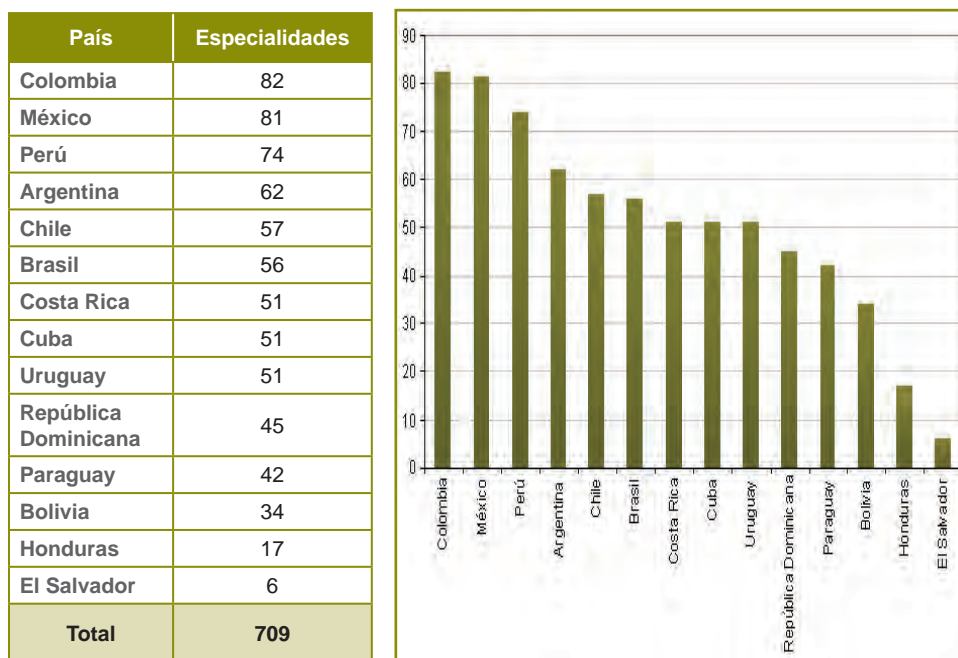
en cada país, su duración, la cantidad de sedes hospitalarias con programas de residencias médicas en diferentes instituciones de salud (públicas, privadas, universitarias y de la seguridad social), el número y porcentaje de plazas anuales ofrecidas y las especialidades consideradas trascendentes.

Se presenta información sobre las especialidades consideradas como *básicas*, las de medicina familiar y algunas con características multidisciplinarias. Se retoma además información vinculada con el costo estimado mensualmente por residentes en algunos países.

A.1. Número de especialidades médicas reconocidas

En la tabla se presenta la cantidad de especialidades médicas oficialmente reconocidas en el año 2010 en cada uno de los países, ordenados según número de especialidades.

Tabla y gráfico A.1: Cantidad de especialidades médicas reconocidas, por país



Los datos de los países muestran una gran diferencia en el número de especialidades reconocidas y financiadas por los ministerios de salud (Ministerio de Educación en Colombia) que oscilan entre 6 y 82. Los países con mayor número de especialidades reconocidas incorporan dentro de sus listados un número importante de sub-especialidades. México por ejemplo, reconoce que de las 81 especialidades, 24 son de “entrada directa”, donde mayormente invierte en la formación de los especialistas y el resto son sub-especialidades. Brasil tiene 29 de

“acceso directo”, 12 con pre-requisito de clínica médica, 11 con pre-requisito de cirugía general y 4 adicionales con pre-requisitos de otras de “acceso directo”.

En el caso de El Salvador, sólo están reconocidas oficialmente en este momento seis especialidades por parte del Ministerio de Educación. Existen otras especialidades y subespecialidades que cuentan con aval de la Universidad de El Salvador y muchas se encuentran en trámite para obtener el reconocimiento. Los programas de Especialidades y sub-especialidades pendientes de registrarse para el reconocimiento están concensuándose entre la Universidad de El Salvador, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social y el Ministerio de Salud.

Estas diferencias podrían estar relacionadas con una serie de factores que van desde las condiciones sociales y económicas imperantes en los países, el nivel de sofisticación del sistema sanitario hasta los cambios demográficos y epidemiológicos. Además, la diversificación y fragmentación de las especialidades médicas en múltiples áreas de práctica se explica en gran medida por la explosión del conocimiento y de la tecnología médica.

El sistema de las residencias también ha sido alcanzado por la incorporación de las nuevas tecnologías de comunicación e información, el proceso de flexibilización laboral, y por la compleja situación del mercado de trabajo médico.

Se precisa de otro tipo de información para conocer con mayor nivel de precisión las decisiones de los países acerca de los tipos de especialidades que se priorizan en la planificación de las plazas o cupos cada año ofrecidas por parte de los ministerios de salud de cada país y las razones de dichas decisiones.

Países como Chile⁵ y Perú⁶ que cuentan con estudios específicos sobre oferta y demanda que presentan más información y otro tipo de análisis.

A.2. Tipo de especialidades médicas reconocidas en cada país

Para analizar el tipo de especialidad médica reconocida actualmente en cada país, se elaboró una clasificación que incorporó a las 709 especialidades identificadas por los 14 países, en “áreas de formación”. En función de la magnitud y diversidad de la información suministrada por los países y tomado como referencia la clasificación sociológica de las especialidades médicas, elaborada por Machado,⁷ se condensaron los datos en tres categorías: **especialidades de adultos, pediátrica y de apoyo y gestión.**

En *adultos*, en función de la cantidad de especialidades se optó por un procedimiento que a su vez discriminara las especialidades de acuerdo con su tipo de

5. Ministerio de Salud de Chile/Banco Mundial. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Secretaría de redes asistenciales. Serie Cuadernos de Redes N° 31. Santiago, Chile. 2010.

6. Ministerio de Salud de Perú. Necesidades de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos de Salud. Serie Bibliográfica: Recursos Humanos en Salud N° 12. Lima, Perú. 2011.

7. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS). Estação CETREDE/UFC/UECE. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. Fortaleza, Brasil. Año 2006. Relatório Final. Disponible en: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Trabalho_medico.pdf.



prácticas: clínica o quirúrgica. En el caso de pediatría se optó por presentar las especialidades clínicas y quirúrgicas agrupándolas en una sola categoría.

A efecto de su presentación y comprensión, las especialidades de medicina familiar, medicina general, geriatría y gerontología fueron incorporadas en la categoría de adulto y adolescencia en la *pediátrica*.

Las especialidades de *apoyo* se caracterizaron por estructurarse alrededor de funciones de soporte para la asistencia a los cuidados clínicos y quirúrgicos tanto de adultos como de niños e incluyeron la terapia intensiva y emergencias, las diagnósticas que incluyen la aplicación de diferentes técnicas por imágenes y en las terapéuticas, medicina nuclear y radioterapia especialmente.

Las especialidades caracterizadas de apoyo a las actividades clínicas y quirúrgicas fueron caracterizadas a su vez en tareas orientadas a los cuidados críticos, diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación, cuidados de la salud, investigación y laboratorio y finalmente, especialidades consideradas de gestión involucrando actividades de: planificación, organización y jurídicas.

En las clasificadas como de rehabilitación y cuidados de la salud se agruparon especialidades como fisiatría, logopedia y medicina del deporte.

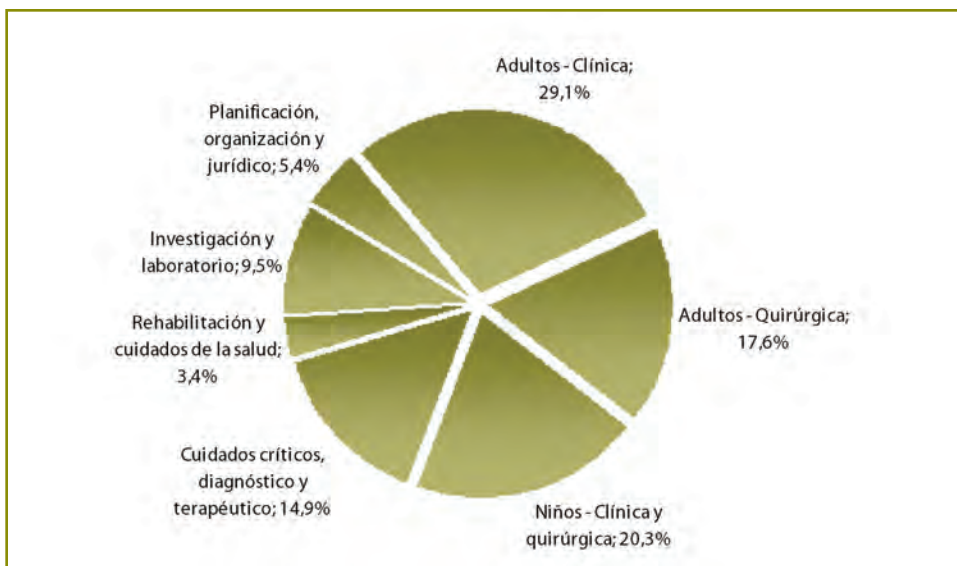
En las especialidades de investigación y laboratorio fueron agrupadas actividades que involucran la bioquímica clínica, microbiología, citología, genética, histología, y parasitología.

Entre las especialidades dedicadas a la planificación, gestión y jurídico se incluyeron las que desarrollan tareas particularmente sobre colectivos poblacionales, comunitarias y en instituciones como salud pública, epidemiología, medicina del trabajo y medicina legal y forense.

Tabla y gráfico A.2: Áreas de formación de las especialidades médicas reconocidas

| Área de formación | Sub-área de formación | Áreas de formación por tipo de especialidad | % |
|------------------------|--|---|----|
| Adultos | Clínica | 43 | 29 |
| | Quirúrgica | 26 | 18 |
| Pediatría | Clínica y quirúrgica | 30 | 20 |
| Apoyo y gestión | Cuidados críticos, diagnóstico y terapéutico | 22 | 15 |
| | Rehabilitación y cuidados de la salud | 5 | 3 |
| | Investigación y laboratorio | 14 | 10 |
| | Planificación, organización y jurídico | 8 | 5 |





Las 709 especialidades de los 14 países fueron agrupadas en tres áreas de formación y a su vez en siete sub-áreas que totalizaron 148 especialidades que se distribuyeron porcentualmente tal como indica la tabla A.2. Corresponden a adultos el 47%, niños 20%, cuidado crítico, diagnóstico y terapéutico 15%, investigación y laboratorio 10%, planificación, organización y jurídico 5% y, rehabilitación y cuidado de la salud 3%. Se evidencia que las especialidades clínicas y quirúrgicas del adulto y del niño representan las 2/3 partes del total de las áreas de formación.

Los países remitieron listados de especialidades elaborados en función de diferentes mecanismos de sistematización y clasificación, por ejemplo, por orden alfabético, por tipo de especialidad (clínica, quirúrgica, de diagnóstico) por su organización administrativa, (de ingreso directo, especialidades básicas, subespecialidades, articuladas) o por cantidad de años de formación.

En general, los datos de las especialidades fueron presentados siguiendo diferentes lógicas organizativas que podrían resumirse en: un formato administrativo (basado en el cumplimiento de requisitos institucionales), por una patología en particular (cáncer, estrabismo, glaucoma), en función de procedimientos de soporte clínico y de cuidado de salud (rehabilitación, cuidados paliativos) o por la capacidad para aplicar un recurso tecnológico diagnóstico (diagnóstico por imágenes) o terapéutico específico (hemoterapia, radioterapia).

La información demostró además que en un país puede caracterizarse una determinada especialidad como del área clínica y en otro como del área quirúrgica, especialmente las que utilizan procedimientos menos invasivos.

La incorporación en algunos países de especialidades no tradicionales en la medicina occidental como la medicina natural, homeopatía y acupuntura que capacitan en técnicas y procedimientos combinando sus recursos con otras especialidades e integrándose con la medicina alopática, implica también considerar las

particularidades de los sistemas de salud y los procedimientos regulatorios establecidos por las políticas sanitarias estatales que las han incorporado. Para fines de este análisis fueron agrupadas dentro de las especialidades clínicas del adulto.

Con respecto a la medicina familiar, la medicina general y la salud familiar comunitaria intercultural de Bolivia fueron incorporadas dentro de especialidades clínicas del adulto.

A.3. Tipo y cantidad de especialidades médicas reconocidas, por país

En la tabla A.3 se presenta la cantidad de especialidades reconocidas por cada país distribuidas de acuerdo con la clasificación realizada para este estudio y que aparece en la tabla A.2. El total de especialidades para todos los países es de 709, pero en esta tabla no se han incorporado las 81 especialidades de México ya que en la información recibida no fueron discriminadas.

Es interesante constatar las diferencias porcentuales entre los países con respecto a determinadas especialidades. Por ejemplo, en Cuba las especialidades clínicas y quirúrgicas del niño representan el 8%, mientras para Perú el 30%.

Es probable que los diferentes perfiles epidemiológicos de cada país (como por ejemplo, bajas tasas de mortalidad infantil) así como, las tendencias y conformaciones de los mercados de formación y trabajo y los modelos de atención, pudieran justificar una serie de articulaciones entre la orientación dada a las especialidades y los problemas de salud prioritarios, tendiéndose hacia una u otra orientación de acuerdo con las políticas sanitarias y educativas que reflejan tales procesos.

Tabla A.3: Cantidad y tipo de especialidades médicas reconocidas por país

| País | Adultos | | | | Niños | | | | Apoyo | | | | | | Total | % |
|----------------------|------------|-----------|------------|-----------|--------------------------------------|-----------|--|-----------|---|----------|--------------------------------|----------|--|----------|------------|------------|
| | Clínicas | % | Quirúrgica | % | Pediatría clínica y quirúrgica | % | Cuidados críticos, apoyo diagnóstico y terapéutico | % | Rehabilitación y cuidados de la salud | % | Investigación y laboratorio | % | Planificación, organización, gestión y jurídico | % | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | 24 | 39 | 8 | 13 | 15 | 24 | 9 | 15 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 62 | 100 |
| Bolivia | 17 | 50 | 6 | 18 | 3 | 9 | 6 | 18 | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | 3 | 34 | 100 |
| Brasil | 24 | 43 | 14 | 25 | 3 | 5 | 7 | 13 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 7 | 56 | 100 |
| Chile | 21 | 37 | 8 | 14 | 13 | 23 | 9 | 16 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 57 | 100 |
| Colombia | 27 | 33 | 19 | 23 | 10 | 12 | 18 | 22 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 82 | 100 |
| Costa Rica | 20 | 39 | 8 | 16 | 14 | 28 | 6 | 12 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 51 | 100 |
| Cuba | 20 | 39 | 6 | 12 | 4 | 8 | 6 | 12 | 3 | 6 | 9 | 18 | 3 | 6 | 51 | 100 |
| El Salvador | 4 | 66 | 1 | 17 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 100 |
| Honduras | 7 | 41 | 5 | 29 | 2 | 12 | 2 | 12 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 100 |
| México | s/d | | s/d | | s/d | | s/d | | s/d | | s/d | | s/d | | s/d | |
| Paraguay | 18 | 43 | 6 | 14 | 9 | 21 | 7 | 17 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 42 | 100 |
| Perú | 24 | 32 | 11 | 15 | 22 | 30 | 11 | 15 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 74 | 100 |
| República Dominicana | 17 | 38 | 6 | 13 | 12 | 27 | 8 | 18 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 45 | 100 |
| Uruguay | 19 | 37 | 7 | 14 | 7 | 14 | 9 | 18 | 2 | 4 | 4 | 8 | 3 | 6 | 51 | 100 |
| Total | 242 | 39 | 105 | 17 | 115 | 18 | 98 | 16 | 21 | 3 | 26 | 4 | 21 | 3 | 628 | 100 |



Esto se verificaría al analizar el diferente peso relativo en cada uno de los países como Perú, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Argentina, Chile y Paraguay que poseen más del 20% de sus especialidades en áreas pediátricas pero promedian el 6% en especialidades de rehabilitación y cuidados de la salud, investigación y laboratorio, planificación, gestión, organización y jurídico, lo cual estaría indicando el peso importante que tiene la orientación del modelo de atención.

Como ejemplo de la diversificación de algunas especialidades, se presentan en la tabla A.3.1 algunas centradas en una patología, particularmente las oncológicas, las estéticas y las oftalmológicas. La oncológica que presenta mayor diversidad, está presente en las áreas de formación clínica y quirúrgica del adulto, pediátrica, de apoyo diagnóstico y terapéutico y de rehabilitación, a través de 16 especialidades diferentes.

En algunas especialidades parece que los avances científico-tecnológicos en salud vinculados con la informática, la aplicación de metodologías diagnósticas más tempranas, terapias farmacológicas eficaces y tratamientos quirúrgicos mucho más precisos, han producido una mayor influencia en su desarrollo.

Tabla A.3.1: Especialidades seleccionadas

| | | | |
|-----------------------|------------------------|---|--|
| Oncológicas | Adultos | | <ul style="list-style-type: none"> • Oncología • Oftalmología oncológica • Urología oncológica • Ginecología oncológica • Dermatología oncológica • Cirugía oncológica • Ortopedia oncológica • Cirugía plástica oncológica • Cirugía oncológica de cabeza y cuello • Cirugía de la mama • Tumores de tejidos blandos |
| | Pediatría | | <ul style="list-style-type: none"> • Oncología pediátrica • Oncología • Hematología pediátrica |
| | Apoyo y gestión | Cuidados críticos, diagnóstico y terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> • Patológica oncológica • Hematología • Oncología terapéutica • Radiología oncológica |
| | | Rehabilitación y cuidados de la salud | <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación oncológica |
| Estéticas | | | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina estética • Cirugía plástica reconstructiva y reparadora • Cirugía plástica facial • Cirugía plástica oncológica |
| Oftalmológicas | | | <ul style="list-style-type: none"> • Oftalmología • Oftalmología oncológica • Estrabología • Glaucoma |

Podría considerarse que el desarrollo de tecnologías modernas ha influido en los modelos de atención y ha generado transformaciones en la organización y en las prácticas de salud. Como consecuencia, este desarrollo también impacta en los procesos de formación y en la apertura de nuevas especialidades.

Queda la duda en cuanto al riesgo de apertura de especialidades y subespecialidades bajo la modalidad de residencias, justificadas por la presión y el imperativo de una compleja tecno-ciencia con gran capacidad innovadora y sobre los desafíos que conlleva en materia de regulación tanto de la práctica como de la formación.

A.4. Duración de las residencias de cada especialidad

En la siguiente tabla se presenta la distribución por años de formación del total de especialidades para cada uno de los siete países que ofrecieron información detallada con respecto a la duración de la especialidad. El resto de los países informó que la duración de las residencias dura entre tres y cuatro años y las subespecialidades uno ó dos años más.

Los siete países que figuran en la tabla A.4 plantearon que la duración más frecuente de las residencias es de tres años y la segunda duración más frecuente es de cuatro años.

Tabla A.4: Número de especialidades por años de formación en siete países

| País | Años | | | | | | Total |
|----------------------|------|----|----|----|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Colombia | 19 | 31 | 17 | 11 | 3 | 1 | 82 |
| Costa Rica | 1 | 15 | 6 | 20 | 7 | 2 | 51 |
| Cuba | - | 1 | 35 | 14 | - | 1 | 51 |
| Honduras | - | - | 9 | 6 | 2 | - | 17 |
| Paraguay | - | 11 | 28 | 1 | - | - | 40 |
| República Dominicana | - | 16 | 10 | 18 | - | 1 | 45 |
| Uruguay | - | 4 | 35 | 10 | 1 | 1 | 51 |

En el caso de Colombia, aparecen 19 especialidades con una duración de un año, que en realidad son sub-especialidades.⁸ En Costa Rica, también aparece una especialidad de una duración de un año, tratándose de la sub-especialidad de anestesiología pediátrica. De la misma manera sucede en otros países que pre-

8. Neuroradiología, ortopedia infantil, ortopedia oncológica, medicina del trabajo, radiología de cuerpo, radiología de trauma y urgencia, radiología intervencionista, rehabilitación oncológica, reproducción humana, anestesia cardiovascular y torácica, cirugía de la mano, cirugía dermatológica, cirugía ginecológica laparoscópica, cirugía plástica facial, cirugía plástica oncológica, eco cardiografía del adulto, glaucoma, medicina crítica y cuidado intensivo.

sentan algunas especialidades de dos años de formación que igualmente tienen el carácter de sub-especialidades.

Se asume que la información obtenida sobre el tipo de residencias de aquellos países que indican una duración entre uno y dos años (con excepción de medicina familiar) es complementaria de una especialidad, en otras palabras, es el tiempo específico de la sub-especialidad.

La información obtenida sugiere la necesidad de promover otros procesos de análisis que permitieran dar cuenta de las decisiones que toman los países en relación al número de especialidades y sub-especialidades que serán financiadas con fondos estatales. Es necesario además profundizar en la relación entre los programas de formación de especialistas y su duración, en función de las condiciones del mercado de trabajo, las necesidades de salud y de los servicios de salud.

A.5. Especialidades en siete países con tres años de duración

La tabla A.5 ilustra comparativamente la cantidad y tipo de especialidades que requieren tres años de residencia para su formación en siete países de la Región. Solamente la mitad de los países han informado la duración en años de formación de las residencias. El resto de los países presentó listados generales de especialidades reconocidas, las cuales se presentan en el apéndice D.

Las tablas A.5 y A.6 muestran las semejanzas y diferencias en años de formación de los especialistas a través de la modalidad de residencias. En seis países hay coincidencia en el número de tres años de estudios de la pediatría y psiquiatría; cuatro países ofrecen el programa de anestesiología y el de ginecología y obstetricia con tres años de duración mientras tres países lo ofrecen con cuatro años; en cinco países la duración de cirugía general es de cuatro años y en dos países la duración es de tres.

A.6. Especialidades en siete países con cuatro años de duración

La tabla A.6 ilustra cuáles son las residencias que requieren cuatro años para su formación en siete países.

Dadas las diferencias en los tiempos de duración de la formación de algunas especialidades, vale la consideración de un análisis posterior sobre la organización y contenidos de algunos de los programas y las razones que justifican un determinado número de años de estudio. Existen hipótesis diversas sobre la relación de la extensión de la duración, las necesidades de mano de obra especializadas en los hospitales y las dificultades del mercado de trabajo.

A.7. Duración de las residencias en especialidades básicas, por país

En la tabla A.7 se presentan los datos correspondientes a la duración en años de cada una de las especialidades consideradas básicas para la APS en el régimen de residencias.

El tiempo de duración de los programas de especialidades médicas básicas es en la mayoría de los países entre tres y cuatro años.

Las particularidades de la duración, denominación y características de la especialidad en cada país plantearon la necesidad de presentar por separado medicina general integral de Cuba y salud familiar intercultural de Bolivia.

Sobre este tema correspondería realizar un análisis de los planes curriculares a fin de establecer si las diferentes denominaciones corresponden a contenidos y ejes de formación diversos y si todas las que tienen la misma denominación comparten los mismos ejes, contenidos y escenarios de aprendizaje.

Tabla A.5: Especialidades con duración de tres años, por país

| País | Especialidad |
|-------------------|---|
| Colombia | <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología • Cirugía oncológica • Dermatología • Dolor y cuidados paliativos • Ginecología y obstetricia • Hematología y oncología clínica • Medicina de la actividad física y el deporte • Medicina de urgencias • Medicina estética • Medicina familiar • Medicina física y rehabilitación • Medicina interna • Oftalmología • Patología • Pediatría • Psiquiatría • Toxicología clínica |
| Costa Rica | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina de emergencias • Anestesiología y recuperación • Oftalmología • Pediatría • Psiquiatría |
| Cuba | <ul style="list-style-type: none"> • Alergología • Anatomía patológica • Anestesiología y reanimación • Angiología y cirugía vascular • Bioestadística • Cardiología • Coloproctología • Dermatología • Endocrinología • Gastroenterología • Gerontología y geriatría • Gineco-obstetricia • Hematología • Higiene y epidemiología • Imagenología • Logopedia y foniatría • Medicina física y rehabilitación • Medicina deportiva • Medicina intensiva y emergencia • Medicina interna • Medicina legal • Medicina tradicional y natural • Microbiología • Nefrología • Neonatología • Neumotisiología • Neurología • Oftalmología • Oncología • Otorrinolaringología • Pediatría • Psiquiatría • Psiquiatría infantil • Reumatología • Urología |
| Honduras | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía general • Cirugía plástica y reconstructiva • Dermatología • Ginecología y obstetricia • Medicina de rehabilitación • Medicina interna • Oftalmología • Pediatría • Psiquiatría |

Continúa en la página siguiente...



Continuación Tabla A.5...

| País | Especialidad |
|-----------------------------|--|
| Paraguay | <ul style="list-style-type: none"> Anatomía patológica Anestesiología Cardiología Cirugía de trauma Cirugía general Cirugía oncológica Cirugía pediátrica Cirugía vascular Clínica médica Dermatología Diagnóstico por imágenes Emergentología Fisiatría Gastroenterología Geriatría Infectología clínica Medicina familiar Medicina preventiva y salud pública Nefrología Neumología Neurocirugía Neurología Oftalmología Ortopedia y traumatología Otorrinolaringología Pediatría Psiquiatría Urología |
| República Dominicana | <ul style="list-style-type: none"> Cirugía buco-máximo- facial Cuidados intensivos Diabetología y nutrición Gastroenterología, Medicina forense Neurología Oncología clínica Perinatología Reumatología |
| Uruguay | <ul style="list-style-type: none"> Administración de servicios de salud Anatomía patológica Cardiología Cirugía cardiovascular Cirugía plástica Cirugía torácica Dermatología Endocrinología Epidemiología Farmacología Gastroenterología Geriatría Ginecología Hematología Hemoterapia y medicina transfusional Infecciosas Laboratorio clínico Medicina del deporte Medicina familiar Medicina intensiva Medicina legal Medicina nuclear Microbiología Nefrología Neumología Neuropediatría Oftalmología Otorrinolaringología Parasitología Pediatría Psiquiatría Rehabilitación y medicina física Reumatología Salud ocupacional Toxicología |

Tabla A.6: Especialidades con duración de cuatro años, por país

| País | Especialidad |
|-------------------|---|
| Colombia | <ul style="list-style-type: none"> Cirugía general Cirugía plástica reconstructiva y estética Neurología clínica Ortopedia y traumatología Otorrinolaringología Patología y medicina de laboratorio Radiología e imágenes diagnósticas Radioterapia Trasplante de órganos intrabdominales Urología |
| Costa Rica | <ul style="list-style-type: none"> Anatomía patológica Cirugía general Dermatología Endocrinología Gastroenterología Ginecología y obstetricia Infectología Medicina crítica y terapia Intensiva Medicina familiar y comunitaria Medicina física y rehabilitación Medicina interna Neumología Neurología Oncología médica Otorrinolaringología Radiología e imágenes médicas Radioterapia Reumatología Urología Vascular periférico |
| Cuba | <ul style="list-style-type: none"> Anatomía humana Bioquímica clínica Cirugía general Cirugía pediátrica Cirugía reconstructiva y traumatología Embriología Farmacología Fisiología normal y patológica Genética clínica Histología Inmunología Laboratorio clínico Neurocirugía Ortopedia y traumatología |

Continúa en la página siguiente...



Continuación Tabla A.6...

| País | Especialidad |
|----------------------|--|
| Honduras | <ul style="list-style-type: none"> Anestesiología, reanimación y dolor Neurología Oncología quirúrgica |
| Paraguay | <ul style="list-style-type: none"> Ginecología y obstetricia |
| República Dominicana | <ul style="list-style-type: none"> Ginecología y obstetricia Anatomía patológica Anestesiología Cirugía general Cirugía pediátrica Dermatología Geriatría Imágenes |
| Uruguay | <ul style="list-style-type: none"> Anestesiología Cirugía general Imagenología Medicina interna Neurología |

Tabla A.7: Duración en años de las residencias en especialidades básicas, por país

| País | Medicina general integral | Medicina familiar | Salud familiar comunitaria intercultural | Pediatría | Medicina Interna (Clínica médica) | Ginecología y obstetricia | Cirugía general | Psiquiatría |
|----------------------|---------------------------|-------------------|--|-----------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|-------------|
| Argentina | - | 4 | - | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Bolivia | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Brasil | - | 2 | - | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Chile | - | 3 | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Colombia | - | 3 | - | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Costa Rica | - | 4 | - | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Cuba | 2 | - | - | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| El Salvador | | 3 | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Honduras | - | - | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| México | 2 | 3 | - | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Paraguay | - | 3 | - | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| Perú | - | 3 | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| República Dominicana | - | 4 | - | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Uruguay | - | 3 | - | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 |

A.8. Duración en años de las residencias en especialidades básicas, 12 países

Para ofrecer una perspectiva sobre los años de residencia para cada especialidad básica se agruparon de la manera presentada en la tabla y gráfico A.8.

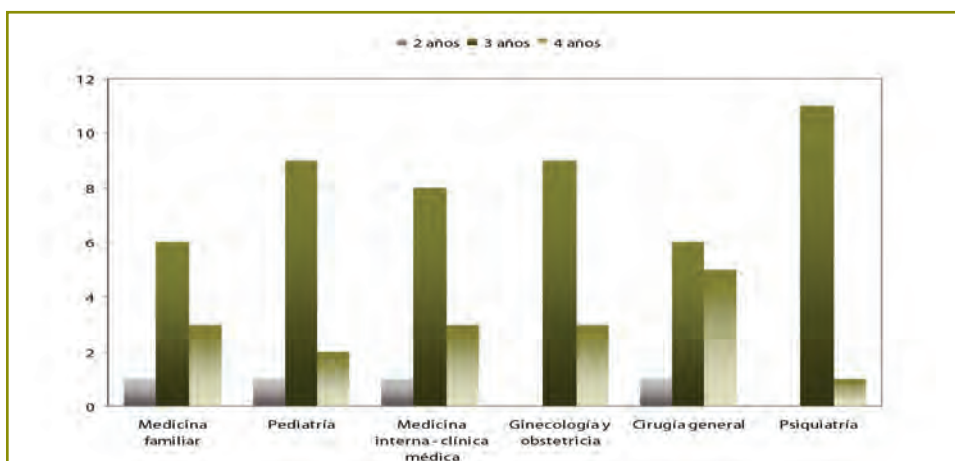


Considerando las particularidades previamente mencionadas de Cuba para medicina general integral y salud familiar intercultural de Bolivia, para las ocho especialidades consideradas básicas para la atención en APS, la mayor parte de los países poseen programas de formación en residencia con una duración de tres años. En el caso de cirugía, la duración es de tres años prácticamente en la mitad de los países y en los restantes de cuatro años. En psiquiatría en casi todos los países la duración es de tres años.

Una comparación de los resultados de la encuesta con un estudio realizado entre los años 2000 y 2001⁹ permite observar algunos datos que muestran por ejemplo la incorporación de la medicina familiar y su duración, observándose el incremento en la duración de la especialidad de tres a cuatro años en algunos países. No se dispone información que permita analizar las causas que han motivado las modificaciones en algunos países.

Tabla y gráfico A.8: Duración en años de las residencias en especialidades básicas, 12 países

| Especialidad | Años | | | Total |
|--|------|----|---|-------|
| | 2 | 3 | 4 | |
| Medicina general integral | 1 | | | 1 |
| Medicina familiar | 1 | 6 | 3 | 10 |
| Salud familiar comunitaria intercultural | - | 1 | - | 1 |
| Pediatría | 1 | 9 | 2 | 12 |
| Medicina interna-clínica médica | 1 | 8 | 3 | 12 |
| Ginecología y obstetricia | - | 9 | 3 | 12 |
| Cirugía general | 1 | 6 | 5 | 12 |
| Psiquiatría | - | 11 | 1 | 12 |



9. OPS/OMS. La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington D.C. 2002. Serie HSR Nº 29.

La medicina familiar ha tenido una expansión importante en América Latina mediada por decisiones políticas de salud, inserción universitaria, difusión del rol de los médicos de familia en el sistema y la sociedad, exposición de otros especialistas a los principios e instrumentos de la medicina familiar, reconversión de médicos que trabajan en atención primaria a médicos de familia, y fomento de la investigación en atención primaria/medicina familiar con formación de investigadores en este campo.¹⁰

Tabla A.8.1: Comparación años duración residencias de medicina familiar 2000-2010

| País | Año en que se introdujo medicina familiar | Duración de residencia | |
|----------------------|---|------------------------|----------|
| | | Año 2000 | Año 2010 |
| Argentina | 1970 | 3 | 4 |
| Bolivia | 1976 | 3 | 3 |
| Brasil | s/d | s/d | 2 |
| Chile | 1981 | 3 | 3 |
| Colombia | 1984 | 3 | 3 |
| Costa Rica | 1987 | 3 | 4 |
| Cuba | 1985 | 3 | 2 |
| El Salvador | 1971 | 3 | 3 |
| Honduras | - | - | - |
| México | 1971 | 3 | 3 |
| Paraguay | 1987 | 3 | 3 |
| Perú | 1991 | 3 | 3 |
| República Dominicana | 1981 | 3 | 4 |
| Uruguay | 1997 | 3 | 3 |

A.9. Cantidad total de sedes hospitalarias

La tabla muestra que en los 14 países participantes de la encuesta existe un total de 2013 sedes hospitalarias donde se desarrollan actividades y programas de formación de especialistas en salud.

El total de sedes hospitalarias en cada país está directamente relacionado con el número de programas de residencias ofrecidas, pero especialmente por la magnitud territorial y la amplitud del sistema de salud.

La encuesta no indagó las condiciones de las instalaciones físicas y equipamiento para constituirse como tales, ni los recursos humanos necesarios y capacitados para establecer procesos de gestión y calidad de enseñanza.

10. Ceitlin, J. La medicina familiar en América Latina. Revista Atención Primaria. 2006;38 (9):511-4. Disponible en: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloId=13095056&revistaid=27.

Este es un trabajo que queda pendiente en cada uno de los países y existen criterios y estándares internacionales para los centros de formación de postgrado como los propuestos por la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) que recomienda que los centros para realizar la formación deben ser seleccionados y reconocidos por las autoridades competentes y deben tener adecuadas instalaciones clínico-prácticas para facilitar la formación. La formación debe exponer al residente a un abanico amplio de experiencias en la especialidad escogida y, cuando sea relevante, debe incluir tanto pacientes ingresados como pacientes atendidos en consultas externas ambulatorias y guardias.¹¹

Tabla A.9: Sedes hospitalarias formadoras, por país

| País | Número de sedes hospitalarias |
|----------------------|-------------------------------|
| Argentina | 469 |
| Bolivia | 57 |
| Brasil | 686 |
| Chile | 41 |
| Colombia | 120 |
| Costa Rica | 12 |
| Cuba | 214 |
| El Salvador | 14 |
| Honduras | 6 |
| México | 252 |
| Paraguay | 12 |
| Perú | 64 |
| República Dominicana | 42 |
| Uruguay | 24 |
| Total | 2013 |

A.10. Sedes hospitalarias por subsector

Las sedes formadoras desagregadas por subsector se presentan para 12 países dado que no se dispuso de la información de México y Colombia, que representan el 19% del total de sedes formadoras notificadas. Se caracterizan los subsectores público, seguridad social, privado y las de salud militar.

El sector público es el mayor formador de recursos humanos especializados a través de la modalidad de residencias. Esto implica la responsabilidad por parte del Estado para encarar el proceso formador, cubrir los costos de los salarios de los residentes y docentes, evaluar la capacidad técnico-pedagógica de los especialistas que acompañan el aprendizaje y la potencial capacidad para direccionar

11. Federación Mundial de Educación Médica (WFME). Educación Médica Básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. 2001. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7s2/original1.pdf>.

las políticas de formación en salud y orientar el desarrollo de las competencias profesionales. Todos estos factores forman parte de un paquete institucional de regulación que requiere, además de los consensos necesarios, posicionamientos claros en términos normativos.

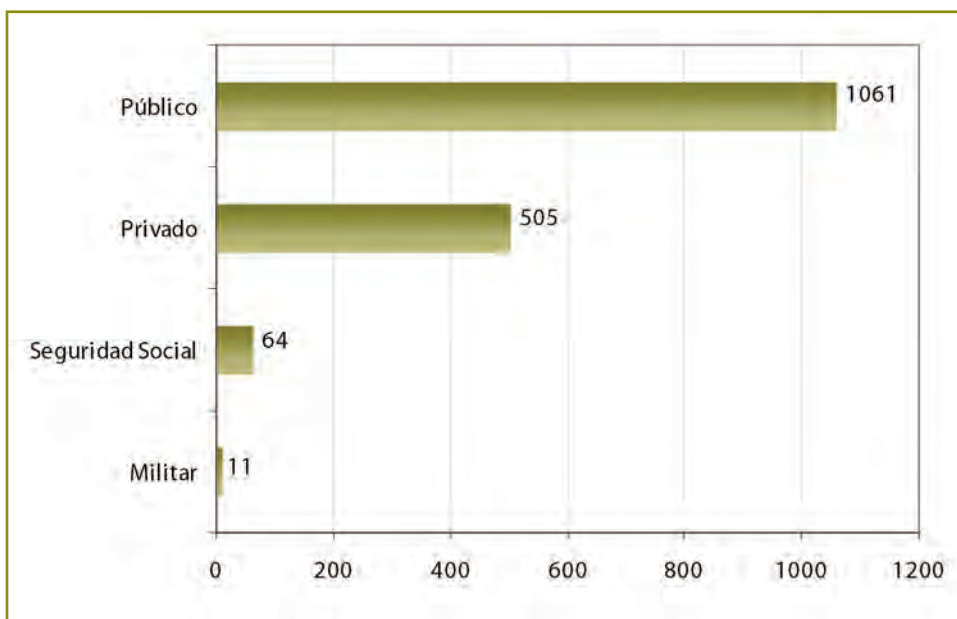
Cuando se analiza el hospital como escenario de aprendizaje por subsector en cada país el porcentaje de sedes muestra heterogeneidades derivadas de la conformación de los modelos de servicios de salud y de los sistemas educativos universitarios. Puede observarse que todos los países poseen sedes hospitalarias en el subsector público excepto Costa Rica mientras Cuba posee sólo sedes en el subsector estatal lo que da cuenta de la organización del sector salud en función de su conformación y modelo político. Todos los países presentan más de 60% de sedes formadoras en el subsector público exceptuando a Brasil (46%) que registra una significativa presencia del sector privado.

Tabla A.10: Sedes hospitalarias formadoras por subsector y país^a

| País | Público | Seguridad social | Privado | Militar | Total |
|----------------------|---------|------------------|---------|---------|-------|
| Argentina | 354 | 6 | 104 | 5 | 469 |
| Bolivia | 34 | 16 | 7 | - | 57 |
| Brasil | 314 | - | 372 | - | 686 |
| Chile | 38 | - | 3 | - | 41 |
| Colombia | s/d | s/d | s/d | s/d | 120 |
| Costa Rica | - | 12 | - | - | 12 |
| Cuba | 214 | - | - | - | 214 |
| El Salvador | 9 | 5 | - | - | 14 |
| Honduras | 5 | 1 | - | - | 6 |
| México | s/d | s/d | s/d | s/d | 252 |
| Paraguay | 9 | 2 | 1 | - | 12 |
| Perú | 38 | 16 | 6 | 4 | 64 |
| República Dominicana | 27 | 6 | 7 | 2 | 42 |
| Uruguay | 19 | - | 5 | - | 24 |

a. Algunos países no disponen del conjunto de información del número de residencias y el lugar donde se forman especialistas en el sector privado.

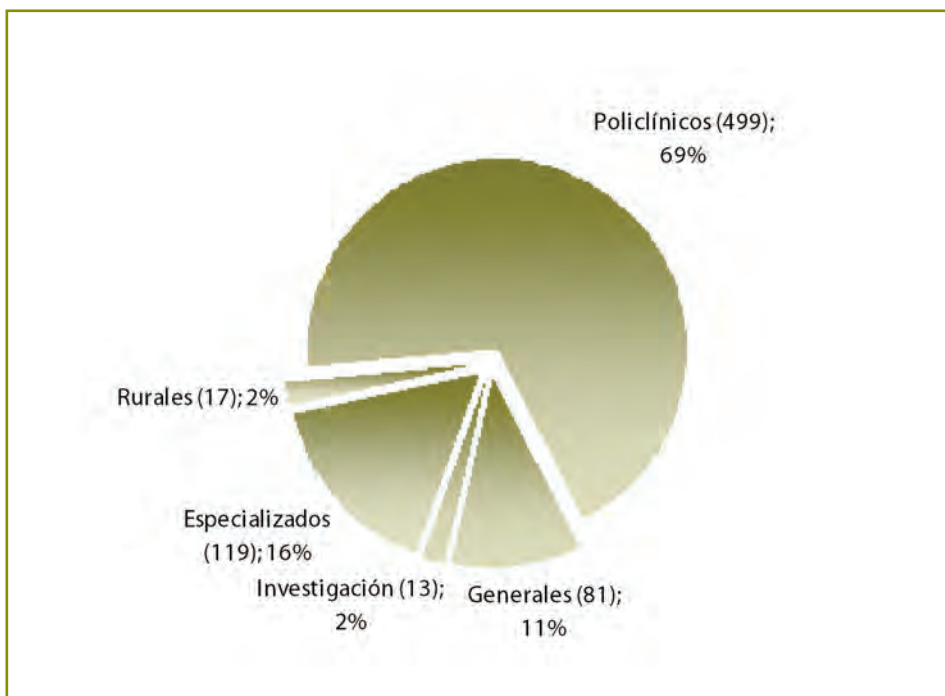
Gráfico A.10: Porcentaje de sedes hospitalarias formadoras por subsector y país



Al observar la distribución de las sedes hospitalarias formadoras por subsector se verifica que en el subsector público se concentra el 65% de las sedes, el 31% se encuentran en el subsector privado, el 4% en la seguridad social y el 1% en el militar. Argentina, Perú y República Dominicana son los países que tienen sedes en los cuatro subsectores; Bolivia y Paraguay poseen sedes en tres subsectores; Brasil, Chile y Uruguay en dos subsectores y El Salvador y Honduras también en dos pero además en el público y la Seguridad Social.

El énfasis dado a la APS en Cuba pareciera reflejarse particularmente en la distribución de las sedes hospitalarias y no hospitalarias. El 69% de las sedes en las que se desarrollan programas de residencias son policlínicos, denominación que en el sistema de salud cubano corresponde a los centros de salud. El 11% se realiza en hospitales generales.

Gráfico A.10.1: Cantidad de sedes formadoras hospitalarias y no hospitalarias en Cuba



Esto se explica porque el desarrollo de la APS en Cuba se ha basado en un sistema organizado en red con centros de salud dotados de los recursos humanos adecuados y con los medios técnicos necesarios para dirigir la oferta de salud hacia la comunidad y al mismo tiempo generar procesos de aprendizaje de las especialidades básicas y de APS.

A.11. Plazas ofrecidas para todas las especialidades

La tabla A.11 presenta las plazas o cupos de residentes informada por cada país anualmente.

Argentina, Brasil, Cuba y México representan el 83% del total de plazas para los 14 países de la Región incluidos en este análisis.

Un análisis de tendencia de las plazas otorgadas por los países en los últimos años, a la luz de los egresados de las facultades de medicina seguramente complementaría este estudio.

Tabla A.11: Total plazas anuales de residencia, por país

| País | Cantidad |
|------------------------|---------------|
| Argentina ^a | 3365 |
| Bolivia | 424 |
| Brasil | 11 263 |
| Chile | 659 |
| Colombia ^b | 852 |
| Costa Rica | 225 |
| Cuba ^a | 4801 |
| El Salvador | 158 |
| Honduras | 300 |
| México | 6122 |
| Paraguay | 306 |
| Perú | 1391 |
| República Dominicana | 683 |
| Uruguay | 246 |
| Total | 30 795 |

a. Los datos disponibles son del 2009.

b. Los datos disponibles son del 2008.

A.12. Plazas anuales de residencia por subsector y país

En la tabla A.12 se observa que de los 14 países sólo 9 informaron la cantidad de plazas anuales ofrecidas según el subsector de salud.

En la reunión de Paraguay seis países expresaron dificultades para la recolección de la información en relación con las plazas anuales por subsector, siendo éste uno de los temas de trabajo de mayor urgencia para encarar procesos de planificación de la formación y dotación de empleo de especialistas.

Merece señalarse el caso de algunos países como Honduras en donde el 88% de las sedes son del sector público y las plazas públicas son el 68%. De manera similar en Paraguay, las sedes hospitalarias del sector público son el 75% y las plazas que ofrece este sector son el 51%.

En el caso de Perú, las sedes hospitalarias del sector público representan el 59% y las plazas en el mismo subsector el 58%. Caso opuesto es el de Uruguay, en donde las sedes hospitalarias del sector público son el 79% y las plazas del mismo sector representan el 90%. Los datos de México se toman de dos fuentes distintas ya que el país dispone de un sistema de información virtual.

Tabla A.12: Total plazas anuales de residencia por subsector y país^a

| País | Público | Seguridad social | Privado | Militar | Total |
|--------------------------|---------|------------------|---------|---------|--------|
| Argentina ^b | 2646 | s/d | s/d | s/d | 3365 |
| Bolivia | 424 | - | - | - | 424 |
| Brasil | s/d | s/d | s/d | s/d | 11 263 |
| Chile | s/d | s/d | s/d | s/d | 659 |
| Colombia | s/d | s/d | s/d | s/d | 852 |
| Costa Rica | - | 225 | - | - | 225 |
| Cuba | 4801 | - | - | - | 4801 |
| El Salvador ^c | 158 | 63 | - | - | 221 |
| Honduras | 200 | 100 | - | - | 300 |
| México ^d | 2456 | 3284 | 335 | s/d | 6122 |
| Paraguay | 157 | 129 | 20 | - | 306 |
| Perú | 813 | 335 | 14 | 229 | 1391 |
| República Dominicana | 455 | 33 | 71 | 124 | 683 |
| Uruguay | 221 | - | 25 | - | 246 |

- a. Los nuevos datos obtenidos recientemente de El Salvador y México a partir de otras fuentes oficiales modifican los totales de nuevas plazas de residencias obtenidas en la encuesta inicial.
- b. No es posible discriminar entre subsectores no públicos.
- c. En el año 2010 el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social otorgó 63 nuevas plazas y un total de 232 para todos los años de residencias. Datos del ISSS.
- d. Información tomada del sistema de información de residencias en www.cifrhs.salud.gob.mx.

Varias preguntas quedan abiertas a la luz de la información para explicar las diferentes situaciones particulares que llevan a definir las sedes hospitalarias, cuáles son los criterios de acreditación y cómo se precisan y distribuyen las plazas hospitalarias.

A.13. Plazas anuales de residencias en especialidades por país consideradas básicas

En la tabla A.13 se presenta la cantidad de plazas o cupos anuales en las especialidades consideradas básicas en este estudio.

El 55% de las plazas otorgadas anualmente, es decir, un poco más de la mitad, se concentran fundamentalmente en las especialidades básicas para el conjunto de los países encuestados. Sin embargo, si se sacan los datos de Cuba, el porcentaje de plazas colocadas en las básicas sería 43% del total de plazas de las residencias.

En relación con las especialidades vinculadas con APS se observa una diversidad de denominaciones y caracterizaciones, tales como la medicina general integral de Cuba, medicina general, medicina familiar y la salud familiar comunitaria intercultural de Bolivia.

Tabla A.13: Plazas anuales de residencias en especialidades consideradas básicas por país

| País | Medicina general integral | Medicina general | Medicina familiar | Salud familiar comunitaria intercultural | Pediatría | Medicina interna (clínica médica) | Ginecología y obstetricia | Cirugía general | Total |
|----------------------|---------------------------|------------------|-------------------|--|-------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| Argentina | - | 349 | - | - | 523 | 396 | 228 | 169 | 1665 |
| Bolivia | - | - | - | 100 | 50 | 39 | 41 | 30 | 260 |
| Brasil | - | - | 505 | - | 1175 | 1645 | 881 | 1242 | 5448 |
| Chile | - | - | 40 | - | 83 | 116 | 48 | 56 | 343 |
| Colombia | - | - | 17 | - | 100 | 108 | 68 | 56 | 349 |
| Costa Rica | - | - | 7 | - | 14 | 15 | 17 | - | 53 |
| Cuba | 3299 | - | - | - | 152 | 165 | 137 | 83 | 3836 |
| El Salvador | - | 9 | 14 | - | 32 | 36 | 35 | 32 | 158 |
| Honduras | - | - | - | - | 55 | 20 | 40 | 20 | 135 |
| México | - | - | 1073 | - | 688 | 743 | 562 | 686 | 3752 |
| Paraguay | - | - | 43 | - | 48 | 27 | 40 | 23 | 181 |
| Perú | - | - | 66 | - | 128 | 93 | 125 | 90 | 502 |
| República Dominicana | - | - | 84 | - | 42 | 41 | 46 | 16 | 229 |
| Uruguay | - | - | 40 | - | 35 | 33 | 17 | 10 | 135 |
| Total | 3299 | 358 | 1889 | 100 | 3125 | 3477 | 2285 | 2512 | 17 046 |

Las plazas de residencias de medicina general y familiar representan el 33% del total de las plazas de especialidades consideradas básicas para el total de los países, con la particularidad de la fuerte presencia de Cuba. Sin las plazas de Cuba, sólo el 14% de las plazas otorgadas como básicas se concentran en las de medicina general y familiar.

La información de algunos países como El Salvador, todavía no refleja las actuales políticas y estrategias de salud con respecto a la reorganización de los sistemas de salud basados en la APS y su correspondencia con la formación de especialistas en medicina general y familiar.

Aun considerando que la categorización de especialidades básicas no es homogénea entre los países, ya que para algunos incluye especialidades de APS y para otros no, podría considerarse el peso relativo que poseen en cada país.

Por considerar de gran utilidad la información para fines de nuevas tomas de decisión, en la tabla A.13.1 se compara las plazas asignadas a las especialidades medicina general y familiar (APS) por un lado y las asignadas al conjunto de las especialidades básicas en relación al total de plazas de cada país.

Tabla A.13.1: Plazas especialidades de APS, básicas y totales por país

| País | APS (medicina general y familiar) | % | Plazas básicas | % | Plazas totales |
|----------------------|--|-----------|-------------------|-----------|-------------------|
| Argentina | 349 | 10 | 1665 | 49 | 3365 |
| Bolivia | 100 | 24 | 260 | 61 | 424 |
| Brasil | 505 | 4 | 5448 | 48 | 11 263 |
| Chile | 40 | 6 | 343 | 52 | 659 |
| Colombia | 17 | 2 | 349 | 41 | 852 |
| Costa Rica | 7 | 3 | 53 | 24 | 225 |
| Cuba | 3299 | 69 | 3836 | 80 | 4801 |
| El Salvador | 14 | 9 | 158 | 100 | 158 |
| Honduras | - | - | 135 | 45 | 300 |
| México | 1073 | 18 | 3752 | 61 | 6122 |
| Paraguay | 43 | 14 | 181 | 59 | 306 |
| Perú | 66 | 5 | 502 | 36 | 1391 |
| República Dominicana | 84 | 12 | 229 | 34 | 683 |
| Uruguay | 40 | 16 | 135 | 55 | 246 |
| Total | 5637 | 18 | 17 046 | 55 | 30 795 |

Con respecto a las plazas de APS se ha mantenido la desagregación de medicina general integral, medicina general, medicina familiar y salud familiar comunitaria intercultural, siendo 5637 el total de plazas para estas especialidades, lo que representa el 18% del total de plazas. Si se consideran las plazas de Cuba, el número de plazas en estos campos para el resto de los países serían 2338, lo que representa un 8% de las plazas ofrecidas. Cuba mantiene una fuerte orientación en el modelo de APS ya que representa el 69% del total de las plazas ofrecidas por ese país.

Llama la atención la poca importancia otorgada por muchos países al otorgamiento de plazas para las especialidades de medicina general y familiar. La tabla muestra desde países que no consideran estas especializaciones, otros con número de plazas y porcentajes son muy bajos a pesar de las claras orientaciones hacia la APS en sus políticas de salud y otros, como se observa en la tabla A.13.2, muestran un relativo incremento en estas áreas de conocimiento.

Resulta interesante retomar el estudio ya mencionado realizado en el año 2000¹² para dimensionar tendencias y cambios con respecto a la cantidad de plazas de medicina familiar en algunos países. Vale aclarar la diversidad de las fuentes de ésta comparación ya que los datos del 2000 han sido producto de una investigación y los datos existentes en 2010 provienen de la encuesta presentada por cada uno de los países.

12. OPS/OMS. Op. Cit. 2002.



Tabla A.13.2: Plazas de medicina familiar y plazas totales, por país, 2000 y 2010

| País | Año 2000 | | | Año 2010 | | |
|----------------------|--|-----------------------------|-----------|---|-----------------------------|-----------|
| | Plazas en 1 ^{er} año de medicina familiar | Total de plazas disponibles | % | Plazas en 1 ^{er} año de medicina familiar ^a | Total de plazas disponibles | % |
| Argentina | 350 | 1500 | 23 | 349 | 3365 | 10 |
| Bolivia | 15 | s/d | s/d | 100 | 424 | 24 |
| Brasil | s/d | s/d | s/d | 505 | 11 263 | 4 |
| Chile | 50 | 100 | 50 | 40 | 659 | 6 |
| Colombia | 30 | 300 | 10 | 17 | 852 | 2 |
| Costa Rica | 4 | 80 | 5 | 7 | 225 | 3 |
| Cuba | 2500 | 2500 | 100 | 3299 | 4801 | 69 |
| El Salvador | 8 | 260 | 3 | 14 | 158 | 9 |
| Honduras | s/d | s/d | s/d | - | 300 | 0 |
| México | 717 | 3200 | 22 | 1073 | 6122 | 18 |
| Paraguay | 10 | s/d | s/d | 43 | 306 | 14 |
| Perú | 12 | 550 | 2 | 66 | 1391 | 5 |
| República Dominicana | 17 | 400 | 4 | 84 | 683 | 12 |
| Uruguay | 10 | 184 | 5 | 40 | 246 | 16 |
| Total | 3723 | 9074 | 41 | 5637 | 30 795 | 18 |

a. Incluyen todas las vinculadas con APS y diferentes denominaciones.

Aun considerando los cambios producidos en la denominación y categorización de la especialidad, se observa un incremento de las plazas de medicina familiar, medicina general integral, medicina general, salud familiar comunitaria intercultural en la mayoría de los países, pero una marcada disminución porcentual, pasando de 41% al 18%.

A pesar de que en algunos países se incrementaron la cantidad de plazas de residentes en medicina familiar, el porcentaje de aumento en relación al porcentaje total de plazas ofrecidas resulta inferior al esperado ya que en general, el número de plazas totales de las residencias han aumentado considerablemente en algunos países. Si sólo se consideran las plazas exclusivamente de medicina familiar, el porcentaje resulta menor: 11% del total de las básicas y 6% con respecto al total de plazas de residencias asignadas.

En la reunión de Paraguay, los participantes responsables de los ministerios de salud, observaron la dificultad que se les plantea para cubrir las plazas ofrecidas de medicina familiar. Para atenuar esta situación, algunos países han implementado sistemas de incentivos que favorecen la opción y motivación por esta área de formación.

Estos datos requerirían un análisis que ofreciera mayor precisión y permitiera considerar la planificación de la oferta y la demanda, las tendencias y articulacio-

nes entre las necesidades sanitarias, los modelos de formación y asistenciales existentes, así como las características que vinculan los mercados educativos y de trabajo en función de la salida profesional para los especialistas.

A.14. Residencias para otras profesiones de ciencias de la salud

La siguiente tabla muestra los datos informados por los países con respecto a la cantidad de residencias existentes para otras profesiones de ciencias de la salud.

Tabla A.14: Residencias en otras profesiones

| País | Cantidad |
|----------------------|----------|
| Argentina | 15 |
| Cuba | 3 |
| Costa Rica | 2 |
| México | 2 |
| Bolivia | 1 |
| República Dominicana | 1 |

De acuerdo con los datos de la encuesta, en Argentina aproximadamente una cuarta parte de las residencias corresponden a la categoría de residencias no médicas. También Brasil ha desarrollado un proceso de expansión importante en residencias no médicas y con carácter interdisciplinario, si bien los datos no estaban disponibles al momento de la encuesta.

Las residencias no médicas se han caracterizado como uni-profesionales o multiprofesionales.

En la siguiente tabla se presentan como las residencias no médicas de carácter uni-profesional y multiprofesional.

Tabla A.14.1: Residencias uni-profesionales y multiprofesionales de ciencias de salud

| Uni-profesional | Multiprofesional |
|------------------------------------|--------------------------|
| •Odontología-cirugía máximo facial | •Salud mental |
| •Estomatología/odontología | •Educación para la salud |
| •Enfermería | •Cuidados paliativos |
| •Psicología | •Gerontología |
| •Bioquímica | •Salud comunitaria |
| •Trabajo social | •Epidemiología |
| •Terapia ocupacional | |

Se presentan siete residencias para cinco profesiones diferentes de las ciencias de la salud ya que odontología posee una especialidad clínica y otra quirúrgica.

Las residencias multiprofesionales que se mencionan corresponden todas a Argentina.

Es importante destacar que a partir de 1985, luego de la dictadura militar en Argentina y en pleno proceso de apertura democrática, en la ciudad de Buenos Aires, el programa de residencias comenzó a desarrollar en todo el sistema público de salud procesos de formación en sedes hospitalarias y centros de salud en íntima vinculación con la comunidad en el marco de la estrategia de la APS.

En este marco, la incorporación bajo la denominación de “otras residencias del equipo de salud” tenía como propósito la incorporación de profesionales al sistema público para elevar la oferta de salud, superar carencias de especialistas ya que había sufrido una reducción importante de sus recursos humanos y el deterioro en su calidad formativa. A mediados del decenio de 1980 la política apuntaba a mejorar el sector público como parte de un proceso de recomposición del tejido social y superación de las inequidades sanitarias.

A.15. Costo anual de las residencias y salario de los residentes

La encuesta enviada a los países preguntaba cuál era el costo anual de las residencias en los diferentes sectores: público, privado, seguridad social y qué porcentaje representaba el costo de las residencias públicas del presupuesto total anual del Ministerio de Salud.

Los datos suministrados por los países han resultado parciales y asignados a diferentes categorías no comparables ya que hacen referencia a: partidas presupuestarias asignadas para residencias, presupuestos generales, costo de formación anual por residente, salario mensual de los residentes, presupuesto en recursos materiales para residencias y hasta informan que no se han realizado estudios o no consta la información.

Es importante considerar que también se desconocen los criterios que orientaron los cálculos realizados por cada país para conocer los costos así como los componentes y las variables incluidas.

En relación con el costo de las residencias públicas con respecto al presupuesto total anual del Ministerio de Salud, solamente seis países informaron el costo estimado.

Con respecto al salario mensual de cada residente, pudieron obtenerse datos de siete países que presentaron información. Los valores estimados han sido convertidos a dólares americanos correspondientes al mes de marzo de 2011.

Tabla A.15: Salario mensual estimado por residente

| País | Monto (en US\$) |
|-------------|-----------------|
| Argentina | 880 |
| Brasil | 1200 |
| Bolivia | 212 |
| Chile | 2000 |
| Costa Rica | 1800 |
| El Salvador | 960 |
| Uruguay | 878 |

Esta información tampoco permite efectuar análisis ni comparaciones ya que se desconoce su composición, estructura y particularidades, como la cargas de trabajo, que permitan establecer una referencia.

Resultaría importante realizar estudios económicos de las residencias en el sector estatal así como conocer los segmentos de financiamiento que lo componen. La caracterización de costos y gastos relacionados con la formación, así como las diferencias entre subsectores deberían ser objeto de análisis más precisos para conocer tendencias, estimar los recursos necesarios y evaluar prioridades en la formación de especialistas.

B. Sistema de planificación y gestión

Esta sección está dirigida a brindar información acerca de las instituciones rectoras de las residencias, los ámbitos de orientación de las residencias, los sistemas de información, los sistemas de contratación e los residentes, las horas semanales de trabajo y frecuencia de las guardias, los programas de prevención y notificación de enfermedades laborales, las condiciones laborales y ambientales de las residencias y, las figuras responsables de los procesos educativos.

B.1. Institución rectora de las residencias

En la siguiente tabla puede observarse las instancias rectoras de las residencias en los países.

Tabla B.1: Institución rectora de las residencias por países

| Institución rectora de las residencias | Países |
|---|--|
| Universidad Pública-Ministerio de Salud | • Bolivia |
| Universidad Pública-Ministerio de Salud-Seguridad Social | • Honduras • Costa Rica |
| Ministerio de Salud <ul style="list-style-type: none"> • Áreas específicas • Vinculado con facultades de medicina | • Argentina • Brasil • Chile • Cuba • México • Paraguay • Perú • República Dominicana • Uruguay • El Salvador |
| Ministerio de Educación | • Colombia |

Existen diversos modos de organización y participación en casi todos los países y cuentan con una instancia rectora relacionada para los sistemas de residencias pero con diferentes particularidades institucionales.

En 10 países son los ministerios de salud quienes llevan adelante esta función con áreas específicas incorporadas generalmente a las unidades de desarrollo de recursos humanos y sólo en 3 países se menciona que las mismas comparten sus funciones con la universidad. En 2 países la instancia rectora funciona de manera tripartita entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Seguridad Social.

En cuanto al ámbito académico las universidades están representadas por las facultades de medicina.

B.2. Ámbitos de orientación de las residencias

En la tabla B.2 se presentan los ámbitos institucionales creados en cada país para orientar las residencias y sus respectivas denominaciones.

Todos los países cuentan con un dispositivo institucional que realiza funciones de regulación y orientación sobre los sistemas de residencia. Estos dispositivos son por lo general comisiones creadas para tal fin en la que participan diversos grupos de instituciones a los cuales se les delega responsabilidades particulares y ámbitos específicos como los comités y consejos federales interprovinciales. El carácter de las comisiones es usualmente nacional en cuanto a la dimensión, escala y alcance.

Tabla B. 2: Ámbitos de orientación de las residencias por país

| País | Comisión Nacional o ámbito permanente de orientación según país |
|----------------------|---|
| Argentina | Ministerio de Salud - Consejo Federal de Salud (COFESA) |
| Bolivia | Comité Nacional de Integración Docente-Asistencial e Investigación (CNIDAI) |
| Brasil | Comisión Nacional de Residencias Médicas (CNRM) <ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional de Residencias Médicas (CNRM) Asociaciones y Consejos Médicos, Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Seguridad Social, Consejo Federal de Medicina, Asociación Brasileira de Escuelas de Medicina (ABEM), Asociación Médica Brasileira y Federación Nacional de Médicos (FENAM). |
| Chile | Ministerio de Salud. Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) - Regional (CORDAS) - Local (COLDAS) <ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) Ministro de Salud, decanos de las facultades de medicina agrupadas en ASOFAMECH; Presidente del Colegio Médico. |
| Colombia | Ministerio de Educación - Ministerio de Protección Social. Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) |
| Costa Rica | Universidad - Caja Costarricense del Seguro Social. Consejo Nacional de Rectores. Centro de Desarrollo Estratégico en Salud (CENDEISSS) |
| Cuba | Ministerio de Salud - Dirección Nacional de Posgrados. Comisión Plan Formación Especialistas |
| El Salvador | Ministerio de Salud - Comité Académico Ministerial (CAM) |
| México | Secretaría de Salud |
| Honduras | Secretaría de Salud - Universidad Nacional Autónoma - Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| Paraguay | Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM). Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos de Salud (DNERHS) |
| Perú | Ministerio de Salud - Comité Nacional de Residentado Médico (SINAREME) |
| República Dominicana | Ministerio de Salud. Dirección General de Residencias y Posgrados. Consejo Nacional de Residencias Médicas |
| Uruguay | Ministerio de Salud - Facultad de Medicina Universidad de la República |

De la información disponible no se evidencia una vinculación estrecha entre los sectores de Salud y Educación respecto de sus responsabilidades institucionales e instancias de coordinación para la elaboración y formulación de políticas.

El debate permitió conocer que las universidades estatales están incorporadas en ésta tarea, especialmente en Costa Rica, Honduras y Uruguay y que en la mayoría de estos consejos o comités existe una amplia participación de las sociedades científicas y los colegios médicos.

Asimismo, la encuesta no profundizó acerca del carácter vinculante de la agenda de estas comisiones y si sus dictámenes son efectivamente orientadores para la toma de decisiones.

B.3. Los sistemas de información de las residencias

La siguiente tabla presenta la sistematización de las respuestas a la encuesta con respecto a los sistemas de información disponible en cada país.

Tabla B.3: Sistemas de información de las residencias

| País | Sistema Nacional de Información de Residencias Médicas |
|----------------------|---|
| Argentina | El sistema de información depende de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (contiene residencias acreditadas nacionales y provinciales con financiamiento nacional) El mecanismo de actualización es a través de acuerdos con las jurisdicciones provinciales. |
| Bolivia | Se canaliza la información mediante el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI) a través de la Oficina nacional de Postgrado y Residencia Médica y mediante la Coordinación de la Subcomisión Regional de Postgrado y Residencia Médica. |
| Brasil | El Sistema Nacional de Residencias Médicas (SISCNRM) sistematiza la información, la que permite analiza las especialidades requeridas por Sistema de Salud – SUS. Actualmente existe una propuesta de expansión y mejora del sistema mediante el proyecto matricial de programas de residencias médicas (OPS/Brasil). |
| Chile | El Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) tiene un registro de todo el personal que labora en el SNSS incluyendo médicos en formación. Existe registro mediante la Unidad de Destinación y Becas del área y donde se forman los especialistas y becados. El sistema permite la simulación de escenarios, determinación de brechas profesionales considerando oferta y demanda de especialistas en el SNSS), población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y carga de enfermedad. |
| Colombia | El Sistema Nacional de Información sobre la Educación Superior (SNIES) depende del Ministerio de Educación Nacional el cual contiene información acerca de la demanda y oferta educativa (cupos, matriculados y egresados). El Observatorio Laboral provee información de los egresados y empleo posteriores. |
| Costa Rica | El centro de desarrollo estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) sistematiza la información de residencias y de los especialistas en lo que respecta a tipo de especialidad, cantidad, sitio y evalúa las necesidades nacionales. |
| Cuba | Sistema de Información y Control de Residentes (SICRE) para todas las especialidades. |
| El Salvador | Se encuentra actualmente en desarrollo el proceso de sistematización y consolidación del sistema de información nacional. |
| México | Tiene un sistema de información con las plazas ofertadas y está disponible a través de la web: www.cifrhs.salud.gob.mx . |
| Honduras | Existe un sistema que aglutina bases de datos que ofrece información acerca de la cantidad de médicos especialistas formados y del lugar donde se encuentran ejerciendo. |
| Paraguay | Existe una base de datos de las Residencias Médicas que se actualiza anualmente. |
| Perú | El Sistema de Gestión de Información del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Participan distintas instancias del Comité de residentado médico (CONAREME) y de los servicios de salud. |
| Republica Dominicana | La información es coordinada por la Dirección General de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento de Postgrado del Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología. Mediante ley desde 1962. |

Continúa en la página siguiente...



Continuación Tabla B.3...

| País | Sistema Nacional de Información de Residencias Médicas |
|---------|---|
| Uruguay | La Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la república ha comenzado un proceso de organización y sistematización de la información vinculada con residencias. |

Todos los países mencionan contar con algún mecanismo de información nacional que reúne datos de las residencias provenientes de diferentes fuentes, realizado a partir de diversos procesos de recolección y sistematización de la información con diferentes grados de desarrollo y niveles de complejidad.

B.4. Sistemas de contratación de los residentes

La pregunta realizada por la encuesta buscaba conocer la existencia de leyes o normas nacionales que regulen la relación laboral de los médicos residentes en formación y la disponibilidad de seguro de salud, sistema de pensiones, accidentes laborales para los residentes así como la modalidad de contratación.

En la siguiente tabla se presenta la relación existente entre mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de los residentes.

Tabla B.4: Mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de los residentes

| Mecanismos jurídicos de protección | Cobertura de seguridad social y beneficios | Modalidad de contratación | Países |
|---|---|--|--|
| Como funcionarios públicos con los derechos legales correspondientes (salario, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad) | Se les incorpora a la Obra Social de los trabajadores del Estado Nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la Seguridad Social (jubilaciones). | Contrato temporal como funcionario médico o becario en formación | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Brasil • Chile • Costa Rica • Cuba • El Salvador • México • Honduras • Perú • República Dominicana • Uruguay |
| Como estudiantes se garantiza la disponibilidad gratuita de alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección | Como estudiantes deben contratar cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales. No tienen cobertura de pensión debido a su condición de estudiantes. | Estudiante | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia |
| No existe un mecanismo jurídico específico de protección | Solo un periodo anual de vacaciones | Becario | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Paraguay |

En la mayor parte de los países se menciona la existencia de mecanismos legales de protección y coberturas de Seguridad Social como trabajadores amparados por las políticas, normas y acciones orientadas por las instituciones del Estado.

Se considera que la situación de los residentes responde al mismo conjunto de normas de salud ocupacional que aseguran que en todos los lugares de trabajo se cumplan los requisitos de protección de la salud y seguridad mediante un nivel adecuado de aplicación.

En el caso de Colombia, por ejemplo, a partir del año 2008, los estudiantes de las especialidades, maestrías y doctorados de las áreas de la salud humana deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Riesgos profesionales por el tiempo que dure el proceso formativo. Para efectos de esta afiliación, se tendrá como base dos salarios mínimos legales y el pago de los aportes respectivos será acordado por las partes en el convenio establecido.¹³

B.5. Horas semanales de trabajo y frecuencia de las guardias por país

Todos los países reportan una carga semanal de trabajo que fluctúa entre un rango de 44 y 48 horas semanales.

En la siguiente tabla se presenta la cantidad de guardias semanales que realizan los residentes en cada país.

Tabla B.5: Cantidad de guardias semanales por país

| País | Número de guardias semanales |
|----------------------|------------------------------|
| Argentina | 1 |
| Bolivia | 1 |
| Brasil | 1 |
| Chile | 1 |
| Colombia | 1 |
| Costa Rica | 1 |
| Cuba | 1 a 2 |
| El Salvador | 1 a 2 |
| Honduras | 1 a 2 |
| México | 2,5 |
| Paraguay | 2 a 3 |
| Perú | 2 |
| República Dominicana | 1 a 2 |
| Uruguay | 1 |

Todos los sistemas de residencias de los países contemplan la realización de guardias, siendo como mínimo una y hasta tres guardias semanales.

13. Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo 034 de 2008. Acta 10 del 24 de octubre. Por el cual se modifica el párrafo 4 del artículo 2 del Acuerdo 03 de 2004 del Consejo Académico, y se modifica parcialmente el artículo 1 del Acuerdo 15 de 2002 del Consejo Académico. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=34547>.

La caracterización de la carga horaria de una guardia ha sido disímil ya que algunos han informado guardias con una duración de 24 horas y otros de 12 horas.

Esta carga horaria podría sugerir análisis más profundos acerca del stress generado en los residentes durante el período de la residencia. Algunos estudios realizados en médicos residentes mencionan que la sobrecarga de horas de trabajo produce elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional, sosteniéndose que la condición para desarrollar el síndrome de desgaste o agotamiento profesional (*burnout*) está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales.^{14,15,16}

B.6. Programa de prevención y notificación de enfermedades laborales

La siguiente tabla presenta la mención que realizan los países con respecto a la existencia de programas de prevención y notificación de enfermedades laborales.

Tabla B.6: Programas de prevención y notificación de enfermedades laborales

| Programas | Países |
|---|--|
| Los residentes están sujetos a las mismas condiciones que el personal de planta hospitalaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Costa Rica • Brasil |
| Disposiciones que justifican la atención y un periodo de receso en caso de que el residente presente cuadros de depresión, ansiedad, causados por stress de su actividad asistencial. | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia |
| Sistema de vigilancia por personal especializado que se encarga de la atención al área de protección e higiene del trabajo. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuba |
| Protección que ofrece la ley sobre trabajo pesado. | <ul style="list-style-type: none"> • Chile |
| Amparados por las leyes de seguros de accidente del trabajo y enfermedades profesionales. | <ul style="list-style-type: none"> • Perú |
| Protección regulada por las normas técnicas sobre notificación obligatoria de enfermedades y especificación en los convenios docente asistenciales. | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia |
| Programa específico de prevención a la exposición accidental laboral al virus del VIH. | <ul style="list-style-type: none"> • El Salvador |
| No existe un programa específico de prevención y notificación de enfermedades y accidentes laborales para los residentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Honduras • República Dominicana • Uruguay |

14. Catsicaris C., Eymann A., Cacchiarelli N., Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Arch Argent Pediatría 2007; 105(3):236-240/236. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n3/v105n3a10.pdf>.
15. López-Morales A., González-Velázquez F., Morales-Guzmán M., Espinoza-Martínez C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 2007; 45 (3): 233-242. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gru_art/A63.pdf.
16. Mejía R., Diego A., Alemán M., Maliandi M., Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina, Hospital de Cínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Revista Medicina. Buenos Aires. 2005; 65: 295-30.1



Solamente 12 países respondieron esta pregunta, encontrándose que pocos cuentan con un programa específico de protección y cuidado de los residentes. En general, mencionan que la protección está vinculada con el cumplimiento de los reglamentos de trabajo y emerge de las normas y condiciones contractuales de un trabajador público dependiente de la administración estatal.

B.7. Condiciones laborales y ambientales

La siguiente tabla describe las condiciones laborales y ambientales en las que los residentes desarrollan su tarea.

Tabla B.7: Condiciones laborales y ambientales

| Condiciones laborales y ambientales | Países |
|--|--|
| Similares condiciones a la del resto de los profesionales del sistema. Existen mecanismos legales de supervisión y control. | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Brasil • Chile • Cuba • Costa Rica • Colombia |
| Variables según el establecimiento donde desarrollan las actividades. Poseen aula, dormitorio, baño, biblioteca, acceso a Internet y en la mayoría de los casos se les suministra comida y uniforme. | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Honduras • Uruguay • México |
| Adecuadas en lo que respecta a ambientes de descanso, alimentación. En la mayoría de los ámbitos de formación y trabajo existen aulas de capacitación | <ul style="list-style-type: none"> • Perú • República Dominicana |
| No adecuadas hasta deplorables. Sobrepasados por la demanda de atención. La infraestructura no posee requerimientos básicos para el aseo, alimentación, reposo y estudio. | <ul style="list-style-type: none"> • El Salvador • Paraguay |

Las condiciones laborales y ambientales en las que los residentes desarrollan sus actividades de aprendizaje no son homogéneas y fueron catalogadas entre *adecuadas* y *limitadas*. En todos los casos los informes consideran importante mencionar una serie de recursos y medios que deberían ser considerados para mejorar las condiciones y la calidad de cuidado en los servicios de salud como el ambiente de descanso, dormitorio y baños adecuados, alimentación sana, prendas de trabajo, espacios físicos para la capacitación, el estudio y la investigación (aulas, biblioteca, herramientas docentes, acceso a Internet, etc.).

En dos países se han relacionado las condiciones de los residentes con la atención de los pacientes y usuarios de los servicios de salud en términos de su baja calidad.

También se mencionó que los profesionales docentes tampoco cuentan con buenas posibilidades para su tarea docente.

B.8. Las figuras responsables del proceso educativo

La tabla B.8 presenta datos de 12 países con respecto a los responsables del proceso educativo.

Todo programa de formación de residencias cuenta con una figura responsable que generalmente reúne las funciones de jefe de servicio y de docencia pero esta condición de jefe asistencial no refleja necesariamente el perfil y competencia para la gestión de formación en la residencia.

Se mencionan algunos aspectos de organización y procedimientos para el desarrollo de los mecanismos de coordinación de las actividades docentes.

Existen aéreas o unidades de docencia con funciones administrativas y de gestión del proceso educativo que poseen diferentes grados de vinculación con la universidad.

Tabla B.8: Responsables del proceso académico

| Responsables del proceso académico | Países |
|---|-----------------------------------|
| Generalmente, el jefe de servicio es el responsable de la residencia. En algunas el instructor cumple funciones de docencia y también de supervisión. | • Argentina • Brasil • Perú |
| El jefe del departamento es el responsable directo, quien nombra por delegación a un coordinador del postgrado del área. | • Honduras |
| Tutor para la formación que puede coincidir o no con el Jefe de servicio. Cada institución posee Jefe docente. | • Cuba |
| Los jefes de servicios dependen de jefatura de división médica y la responsabilidad académica es del coordinador docente de la universidad nacional. | • El Salvador |
| Labores de la especialidad bajo la supervisión del tutor. Acuerdo tácito entre el coordinador nacional de posgrado y el coordinador de la sede de residencia y la jefatura del servicio para la docencia. | • Costa Rica |
| Diferentes niveles jerárquicos responsables de normalizar, dirigir, administrar, ejecutar, evaluar y controlar los programas de residencias en salud: dirección académica, consejo de enseñanza, jefe de enseñanza, coordinador de programa, consejo de profesores, profesor del programa, profesores invitados. El jefe de servicio nunca es el jefe de enseñanza. | • República Dominicana |
| Convenios docente-asistenciales. El jefe de departamento del hospital es el jefe del departamento de la universidad. | • Colombia |
| Los jefes de servicios clínicos y de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico como los médicos y demás profesionales funcionarios, cumplen con la labor docente y asistencial simultáneamente. Los funcionarios públicos podrán desarrollar actividades docentes durante la jornada laboral, con la obligación de compensar las horas en que no hubieren desempeñado efectivamente el cargo y de acuerdo a las modalidades que fije el jefe de servicio, hasta un máximo de 12 horas semanales. | • Chile |

Continúa en la página siguiente...



Continuación Tabla B.8...

| Responsables del proceso académico | Países |
|---|-----------|
| La CONAREM coordina las instituciones acreditadas. Cada unidad formadora posee un departamento de docencia e investigación. Cuenta con un plantel de tutores (médicos del staff) pagados por la universidad que tutela el postgrado. Las universidades se encargan de la organización y desarrollo de los contenidos teóricos y evaluación. | •Paraguay |
| Las unidades académicas y el tutor o responsable en las unidades docentes asociadas son los coordinadores de la actividad académica. La coordinación administrativa le corresponde al jefe de residentes en las unidades docentes en las que existe y al responsable administrativo de las Instituciones. | •Uruguay |

C. Regulación, normas y procedimientos

Este capítulo da cuenta de la existencia de reglamentos y procedimientos disponibles para la selección de candidatos a las residencias, del desarrollo de las actividades y funciones docentes en las unidades formadoras, de los mecanismos de acreditación de los programas de formación y de las sedes correspondientes, así como de los exámenes de ingreso y las titulaciones ofrecidas.

C.1. Reglamento de residencias

La tabla C.1 presenta los ámbitos institucionales que formulan los reglamentos de residencia.

Los reglamentos ordenan fundamentalmente la relación laboral, los derechos y obligaciones, las funciones, las actividades, la jornada laboral, el régimen disciplinario, entre otros, estableciendo siempre el carácter especial de la residencia para la formación de los futuros especialistas.

Todos los países cuentan con algún ordenamiento jurídico e instrumento que regula el funcionamiento de las residencias, ya sea una ley, resolución ministerial o reglamento específico. En la mitad de los países el reglamento es ley o resolución del Ministerio de Salud con alcance nacional. Esta característica está relacionada al financiamiento por parte del Ministerio de Salud y se vincula con los mecanismos jurídicos de las leyes estatales de contrato de trabajo.

En algunos casos la reglamentación de las comisiones nacionales es una norma acordada entre los Ministerios de Educación y Salud o puede ser formulada solamente por el Ministerio de Educación.

Tabla C.1: Ámbitos institucionales de formulación de reglamentos de residencia

| Ámbitos de formulación | Países |
|---|--|
| Ministerio de Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Bolivia • Cuba • Chile • México • República Dominicana • Uruguay |
| Comisión Nacional Residencias Médicas | <ul style="list-style-type: none"> • Brasil • Paraguay • Perú |
| Ministerio de Educación | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia • Honduras • El Salvador |
| Ministerio Educación-Salud-Seguridad Social | <ul style="list-style-type: none"> • Costa Rica |

C.2. Unidades docentes y sus funciones

La tabla C.2 presenta las características de la conformación de las unidades docentes hospitalarias.

Todos los países mencionaron que cuentan con unidades docentes en los servicios de salud hospitalarios, con diferentes grados de organización y complejidad que depende de la magnitud del centro formador. Dos países indicaron la inexistencia de una estructura responsable de la coordinación académica, quedando la realización de las actividades educativas a cargo de un staff profesional.

Las denominaciones de estas unidades varían en cada país: comités de docencia e investigación (CODEI), unidades docentes responsables (UDR), comisión local docente asistencial (COLDAS).

Sus funciones se centran fundamentalmente en la realización de actividades de organización para el desarrollo de los programas académicos, de apoyo a la investigación y a la gestión docente y de asesoramiento.

Para realizar la coordinación, las tareas profesionales pueden tener carácter remunerado y una relación más o menos estructurada con los niveles asistenciales de salud para supervisar las actividades, generar información, realizar el control de los convenios y la resolución de problemas docente-asistenciales, dentro de los marcos y políticas establecidas.

Tabla C.2: Unidades docentes y sus funciones en hospitales

| Unidades docentes en hospital | Funciones | Países |
|--|--|---|
| Departamentos de docencia e investigación, nexo con la universidad. | Organización de guardias, rotaciones, evaluaciones, cumplimiento del reglamento general y sanciones disciplinarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Cuba • Chile • México • Perú • Uruguay |
| Dirección de docencia y coordinación de investigación de los postgrados médicos. | Organización del trabajo con jefes de departamento y coordinadores de postgrados médicos. Organización de los programas, del comité técnico-académico. Gestión docente-administrativa e investigación. | <ul style="list-style-type: none"> • Costa Rica • Honduras • República Dominicana |
| Unidades docentes de los servicios de salud vinculadas con las universidades públicas o privadas. | Organización, gestión y supervisión de las actividades de formación de postgrado. | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia • Uruguay |
| Staff de docentes | Desarrollo de los procesos de formación designados de acuerdo al reglamento | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • El Salvador |
| Hospital o unidad responsable posee una comisión de residencias médicas que se articula con la comisión estadual de residencias médicas y comisión nacional de residencias médicas | Coordinación de las actividades formativas y asistenciales de los residentes. Supervisión del cumplimiento de los programas de cada especialidad. Planificación coordinada entre distintos niveles. | <ul style="list-style-type: none"> • Brasil |

C.3. La acreditación de los programas de formación y de las sedes donde se desarrollan las residencias

La tabla C.3 presenta las sedes desde donde se coordinan y regulan los procesos de acreditación.

Los mecanismos utilizados para llevar adelante los procesos de acreditación presentan diferentes grados de desarrollo en cada uno de los países, algunos con mayor nivel de consolidación y otros, en etapa de integración y acuerdo institucional.

El Ministerio de Salud, mediante la conformación de diferentes comisiones y en algunos casos, conjuntamente con el Ministerio de Educación, realiza en la mayoría de los países la acreditación de los programas de formación, mediante estándares establecidos.

Los ámbitos técnicos evalúan los informes, visitan las instituciones y realizan el análisis de programas de residencias. Esta tarea está a cargo de instituciones nacionales y en un solo país participan instituciones internacionales para la acreditación de los programas.

Tabla C.3: Acreditación de programas y sedes

| Sedes | Países |
|---|--|
| Ministerio de Salud •Entidades universitarias o sociedades científicas •Comité de expertos evaluadores •Comisión nacional de residencias médicas | •Argentina •Brasil •México •Paraguay •Perú |
| Ministerio de Educación | •Bolivia •Chile •Cuba •República Dominicana |
| Ministerio de Salud – Ministerio de Educación | •Honduras |
| Consejo Superior Universitario | •Colombia |
| Facultad de Medicina | •Uruguay |
| Instituciones externas | •Costa Rica |
| En proceso de reorganización | •El Salvador |

C.4. Mecanismos existentes para la selección de los candidatos a las residencias

La tabla C.4 consolida tanto los mecanismos como los procedimientos utilizados por el conjunto de los países para seleccionar los candidatos a las distintas residencias ofrecidas por el país.

Tabla C.4: Mecanismos y procedimientos de selección de candidatos

| Mecanismos y procedimientos de selección de candidatos | Países |
|---|---|
| Se realizan concursos nacionales, territoriales o locales, Examen de selección por oposición, entrevista personal, análisis de antecedentes académicos. | •Argentina •Bolivia •Brasil •Chile •Costa Rica •El Salvador •Honduras •México •Paraguay •Perú •República Dominicana •Uruguay |
| La Universidad realiza una prueba escrita, analiza el currículum vitae y lleva adelante una entrevista técnico-profesional a nivel nacional. | •Cuba |
| Una comisión universidad-centro hospitalario determina el mecanismo y proceso para la admisión. Cada institución educativa pública o privada define y acuerda los requisitos y proceso de admisión. | •Colombia |

En varios países, los requisitos para el concurso se complementan con la presentación del curriculum vitae, antecedentes vinculados con tareas de docencia e investigación y una entrevista para la especialidad. Luego del examen se promedian los valores en una escala y se ordenan los resultados, asignándose las plazas disponibles por área.

En uno de los países encuestados, la Universidad realiza un examen nacional y en otro donde no existe un examen nacional, cada institución educativa pública o privada define su propio proceso de admisión con los requisitos que considere necesarios.

Casi la totalidad de los países desarrolla concursos por oposición exigiendo previamente al postulante diferentes condiciones para presentarse a la selección. Para cumplimentar el proceso de convocatoria y admisión a la residencia, los criterios se presentan en un reglamento que explicita el procedimiento. Cuando existe examen pero posee carácter territorial, cada región realiza su propia selección de aspirantes.

C.5. Examen obligatorio

La siguiente tabla resume la cantidad de países que disponen de un examen anual obligatorio como mecanismo de ingreso a la residencia.

Tabla C.5: Países que poseen examen nacional para el ingreso a la residencia

| Examen nacional | Países |
|-----------------|---|
| Si | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Honduras • Costa Rica • México • República Dominicana • Chile • Paraguay • Perú • Uruguay |
| No | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Brasil • Cuba • Colombia • El Salvador |

Actualmente, en nueve países se desarrollan procedimientos que contemplan un examen nacional para el ingreso a la residencia.

El examen implica tomar decisiones políticas sobre cuántos entran y para cuál tipo de residencias, definiendo en la mayoría de los casos el cupo que será admitido y cuidando la equidad en el acceso a las especialidades y lugares donde se desarrollan. También implica establecer un trabajo preparatorio importante, con

una cantidad de recursos humanos preparados para dicha tarea, además de una activa gestión institucional para proceder de manera transparente.

Las condiciones previas al examen general o concurso por oposición pueden presentar, en algunos países, diversos cursos obligatorios que poseen contenidos de investigación, epidemiología, inglés técnico y reanimación cardiopulmonar (RCP).

C.6. Titulación ofrecida al terminar un programa de residencia

La siguiente tabla sintetiza el tipo de titulación que se obtiene al finalizar la residencia.

Tabla C.6: Tipo de titulación al término de un programa de residencia

| Titulación al finalizar residencia | Países |
|------------------------------------|---|
| Especialista | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Cuba • Costa Rica • Honduras • República Dominicana • Perú |
| Especialista Universitario | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia • Chile • México • Paraguay • Uruguay |
| Certificación de Residencia | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Brasil • El Salvador |

En 11 países se obtiene el título de especialista o de especialista universitario en la disciplina. En 3 países se accede a la certificación por parte del Ministerio de Salud luego de haber realizado y finalizado la residencia en la especialidad correspondiente.

En el caso de los seis países en el que los residentes obtienen el “título de especialista”, no se especifica cuál es la institución que lo otorga. De la misma manera ocurre con los tres países en el que se otorga una certificación.

Se menciona que actualmente también se está estudiando la posibilidad de que las residencias médicas y multiprofesionales puedan emitir certificados de maestría, en la modalidad de maestría profesional para aquellos programas que califiquen de acuerdo al órgano gestor de postgraduación de las universidades.

D. Formación

Este capítulo describe la existencia de programas de formación, la periodicidad en sus procesos de revisión, las rotaciones en la formación, las actividades de capacitación y perfeccionamiento del personal docente, la orientación y acompañamiento académico de las universidades a las residencias en los servicios de salud y la accesibilidad y disponibilidad de información actualizada para los residentes.

D.1. Programas de formación

La pregunta de la encuesta estuvo dirigida a conocer la existencia o no de los programas académicos de formación para cada especialidad ofrecida y su nivel de actualización. En la tabla siguiente se expresan algunas particularidades de los programas existentes.

Tabla D.1: Programas de formación

| Programas de formación | Países |
|---|--|
| Basados en acuerdos entre hospitales e instituciones educativas universitarias | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Brasil • Bolivia • Cuba • México • República Dominicana |
| Programa de formación por convenio tripartito entre la Universidad Nacional, Secretaría de Salud, Instituto de Seguridad Social | <ul style="list-style-type: none"> • Costa Rica • Honduras |
| Especialidades médicas universitarias | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia • Chile • El Salvador • Perú |
| Programa de formación asistencial realizado en hospitales con el aval académico de las universidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Paraguay^a • Uruguay |

a. Se encuentra organizando este tipo de convenio.

Todos los países mencionan la existencia de programas de formación con diferentes particularidades, que parecieran vincularse con las políticas públicas de formación de recursos humanos en salud en las que haya avanzado el país, los enfoques e intereses institucionales, así como el grado de articulación entre salud-educación.

En ocho países se menciona la existencia de acuerdos y convenios entre ambos ministerios. En otros, cada universidad elabora su propio programa de estudios y realiza los procesos de inscripción correspondientes en el Ministerio de Educación, con sus propias características y requisitos.

En algunos países se ha planteado la unificación de los programas por especialidad y un país menciona el inicio de un trabajo con las especialidades de medicina general y/o familiar, tocoginecología, pediatría y neonatología para llegar a acuerdos de unificación de dichos programas.

En cuanto al período de revisión y actualización de los mismos, la tabla D.2 muestra la frecuencia con que se realiza.

La mayoría de los países indica que revisa sus programas de formación con diferente periodicidad; sólo tres países consideraron que la revisión no es frecuente. La revisión y actualización se realiza por grupos de especialidades, con asesores universitarios que proponen modificaciones de los objetivos, productos esperados, actividades y contenidos. Queda pendiente un análisis de los mecanismos e instrumentos de revisión y evaluación que se utilizan.

D.2. La rotación de los residentes por otros centros de salud

La encuesta pretendía conocer si los programas de formación contemplaban o no rotaciones de los residentes por la red del sistema de salud o si la formación era exclusivamente intrahospitalaria.

En algunos países, cada plan de estudio establece las rotaciones por año de residencia, dependiendo del tipo de especialidad y de la existencia de los servicios pertinentes para acompañar y sostener el proceso educativo. Otros mencionan que las rotaciones pueden desarrollarse en establecimientos de primer nivel en el interior del país o en el exterior, especialmente durante el último año de residencias.

En todos los países las rotaciones están programadas y dependen del diseño del programa y los contenidos de formación. Pueden ser internas (dentro de la propia institución hospitalaria) y externas con carácter obligatorio en los servicios de salud afines con la especialidad. Estas últimas pueden ser optativas, tanto dentro como fuera del país, dependiendo de los intereses y posibilidades del residente.

Tabla D.2: Período de revisión de los programas de formación

| Período de revisión de los programas de formación | Países |
|---|--|
| Entre 1 a 3 años | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Honduras • El Salvador |
| Entre 4 a 7 años | <ul style="list-style-type: none"> • Cuba • Colombia • Uruguay • Perú |
| No es frecuente | <ul style="list-style-type: none"> • México • República Dominicana • Paraguay |
| No especifica período | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Brasil • Costa Rica • Chile |

Los tiempos de rotación de los residentes se ajustan a un período considerado suficiente para lograr los objetivos de aprendizaje contemplados en el programa de formación en cada especialidad. Generalmente se realizan en los últimos años de la residencia, durante un periodo de aproximadamente de tres a cuatro meses.

En medicina familiar, por ejemplo, pueden desarrollarse rotaciones progresivas durante los años de formación por el primer nivel de atención. Según la especialidad, pueden existir rotaciones por centros de atención primaria considerados en la estructura de la red del sistema de salud, pero resulta compleja la disposición de centros acreditados y tutores que acompañen el proceso de aprendizaje de los residentes con una visión y abordaje integrador de la salud y la enfermedad de las comunidades.

En general, los criterios de rotación son diferentes para cada especialidad y no resulta explícito cómo se definen los objetivos generales y específicos a ser alcanzados en la rotación ni el nivel de competencia que ha de obtenerse durante el periodo de formación.

Cuando se menciona que las rotaciones pueden realizarse indistintamente en cualquier momento y año, dependiendo de la especialidad, la rotación deja de ser una actividad educativa planificada para adecuarse a las limitaciones estructurales y de recursos de los servicios.

D.3. Acompañamiento de la Universidad a los programas de residencias

La siguiente tabla da cuenta de diversas características de los países con respecto al acompañamiento de la universidad a los procesos educativos de las residencias.

Tabla D.3: Acompañamiento de la universidad a los programas de residencias

| Acompañamiento universidades a programas de residencias | Países |
|--|---|
| La universidad es la principal responsable de la formación académica mediante las obligaciones del convenio docencia-asistencia; debe asistir la formación del residente en aspectos de docencia e investigación; debe proveer los reglamentos y supervisar la práctica. | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia • Costa Rica • Cuba • Honduras • México • Chile |
| A pesar de que las universidades son las responsables de aprobar, avalar y supervisar el cumplimiento de los programas y de otorgar el título de la especialidad, el acompañamiento es bajo y en algunos casos consiste en la actualización de los programas y la ejecución de cursos de metodología de investigación, los cuales no han mejorado la calidad de las investigaciones hospitalarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • El Salvador • República Dominicana |
| Se impulsa un trabajo conjunto entre universidades y la gestión local de salud (secretarías provinciales y municipales) para que la Universidad contribuya a la formación necesaria para los servicios y que pueda ser modificada y transformada por la práctica. | <ul style="list-style-type: none"> • Paraguay |
| Formalmente existe pero no se mencionan las características del proceso. | <ul style="list-style-type: none"> • Bolivia • Brasil • Perú • Uruguay |

La universidad posee un rol importante en la formación de los especialistas en salud, con distintos niveles de acompañamiento y responsabilidad en dichos procesos. Su función principal ha sido la de soporte del proceso educativo, de supervisión del cumplimiento de los programas, de realizar recomendaciones para la mejoría de los programas hasta funciones nodales como la aprobación, certificación y otorgamiento de los títulos.

La mayoría de los países plantea que establece convenios de docencia y asistencia; sin embargo, el nivel de acompañamiento resulta bajo de acuerdo a lo esperado por algunos de los países. Algunos de ellos plantean la necesidad de redefinir estos convenios a fin de mejorar la coordinación y la función de acompañamiento a los procesos educativos.

D.4. Programas de capacitación y perfeccionamiento del personal docente de las residencias

Existe una variedad importante de actividades de capacitación para el personal docente las que son desarrolladas por algunas universidades. Las actividades generalmente no poseen carácter obligatorio y están dirigidas a los profesionales que deseen conocer o actualizarse en los procesos de enseñanza.

Algunos países contemplan cursos de formación superior y otros, de educación continua. Se mencionan, también, instancias de acompañamiento a los profesionales que desarrollan funciones de tutoría pero sin especificar modalidades y estrategias.

Existen programas de capacitación que articulan conjuntamente las actividades de supervisión de la enseñanza de pregrado y postgrado.

Se menciona el desarrollo de procesos de evaluación del perfeccionamiento docente y en algunos países se prevé el desarrollo de mecanismos de reconocimiento docente a través de sistemas de incentivos. La oferta contempla en un caso el otorgamiento de becas y procesos de supervisión para el perfeccionamiento del personal docente.

En algunos casos existen actividades de coordinación para acompañar a los docentes en sus funciones tutoriales.

En un país, la facultad de medicina implementa cursos a través del departamento de educación médica para el desarrollo médico y perfeccionamiento del personal docente universitario.

En cuatro países no existen programas de capacitación y perfeccionamiento sistematizados ni ofertas individualizadas. El desarrollo de actividades o programas de capacitación docente depende fundamentalmente de la disposición, interés o necesidad de los profesionales.

Se observa un escenario fragmentado y heterogéneo con un desarrollo de actividades variadas tanto en su formato como en los contenidos que pueden estar orientados al desarrollo pedagógico, la didáctica o la incorporación de contenidos de investigación, epidemiología y buenas prácticas clínicas.

D.5. Acceso a información actualizada para cada especialidad

La tabla siguiente muestra la accesibilidad a la información actualizada por parte de los residentes de cada especialidad.

La mayoría de los países menciona disponer de biblioteca, medios audiovisuales e informáticos accesibles para los residentes.

Varía significativamente en cantidad y calidad los recursos que poseen pero resulta importante su accesibilidad y disponibilidad, así como las posibilidades y oportunidades para utilizarlos.

En algunos casos, los recursos se garantizan mediante la sede formadora, por la universidad y hasta, por los propios residentes.

El acceso a la información y los recursos de capacitación y actualización, en algunos países son requisitos para la aprobación de un programa de formación; en otros, esta situación es inexistente.

Tabla D.5: Acceso a información actualizada

| Acceso a información actualizada | Países |
|---|---|
| En general disponen de biblioteca y medios audiovisuales e informáticos. | <ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Bolivia • Brasil • Chile • Costa Rica • Cuba • El Salvador • México • Honduras • República Dominicana • Uruguay |
| Para la aprobación de cada programa es requisito específico que los residentes tengan acceso a una biblioteca universitaria, provista por la universidad, con acceso a libros y revistas actualizadas, bases de datos y laboratorios de simulación. | <ul style="list-style-type: none"> • Colombia |
| Se considera que es competencia de la universidad pero no se especifica la accesibilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Perú |
| El acceso a Internet o equipamiento informático es limitado. Tampoco existen publicaciones internacionales. Se utilizan los recursos propios de los residentes (computadoras y acceso a Internet). | <ul style="list-style-type: none"> • Paraguay |

E. Consideraciones finales sobre los datos ofrecidos por los países

Los datos analizados, aun cuando no permiten formular generalizaciones acerca de la estructura de las residencias y la formación especializada, brindan un marco de referencia general para elaborar algunas consideraciones, teniendo en cuenta las particularidades institucionales y la configuración histórica y organizativa de los sistemas de salud.

- Existe una importante variabilidad entre los países con respecto a la cantidad de especialidades, tipo, duración, financiamiento, las modalidades de regulación y planificación así como la articulación entre el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y la Universidad.
- El listado de especialidades médicas reconocidas por los países muestra especialidades y también sub-especialidades financiadas a nivel nacional.
- Existe un limitado desarrollo de los sistemas de información de recursos humanos en los ministerios de salud que orienten y faciliten la toma de decisión a los responsables de las políticas de residencias médicas.
- La información no permite identificar las políticas específicas de formación de especialistas, las que son a su vez un componente importante de las políticas de recursos humanos.

- La mayoría de los países presentan una mayor disponibilidad de plazas para las áreas de las clínicas, quirúrgicas, pediatría y clínica quirúrgica y cuidados críticos, diagnóstico y terapéutica. Exceptuando a Cuba, el 43% del total de las plazas otorgadas en el año reportado (2009-2010) se concentraron en las especialidades básicas.
- El número de plazas otorgadas para la formación en medicina general y familiar muestra un incremento cuantitativo en la mayoría de los países aun cuando su crecimiento porcentual ha sido relativamente menor con respecto al conjunto de las especialidades. Sólo el 14% de las plazas otorgadas para el conjunto de las básicas se concentran en estas dos especialidades, exceptuando a Cuba. Del 41% de plazas otorgadas para medicina familiar en el año 2000 ha bajado al 18% para el año 2010.
- Algunos países comienzan a incursionar en residencias no médicas, consideradas “del equipo de salud”, siendo Argentina el país con mayor experiencia, con una modalidad multiprofesional o uni-profesional.
- Todos los países poseen instancias nacionales y autoridades responsables de los procesos de regulación, planificación y gestión de las residencias médicas con características y modalidades de organización heterogéneas. También, la mayoría de los países posee una comisión nacional o ámbito permanente de orientación de las residencias.
- Existen países que ofrecen títulos o certificados de especialistas a través de los ministerios de salud o de las universidades y las sociedades de especialistas.
- La responsabilidad en los mecanismos de evaluación y acreditación es compartida en la mayoría de los países entre los ministerios de salud, educación, universidades y las sociedades de especialistas.
- Las modalidades y requisitos de ingreso a una residencia son diversas y en casi todos los países existen marcos regulatorios y reglamentos acerca de las condiciones de trabajo y formación de los residentes. En nueve países existe el examen nacional de ingreso. Las horas semanales de estudio-trabajo de los residentes oscila entre 44 y 48 horas semanales; en siete países los residentes tiene que hacer al menos una guardia semanal y en el resto entre una y dos guardias semanales.
- Existe una variedad importante de procesos de capacitación y metodologías institucionales de perfeccionamiento para el personal docente, realizados mediante acuerdos y convenios entre el sistema de salud y las universidades, que plantean diferentes niveles de complejidad que fluctúan entre cursos introductorios para docentes hasta diplomaturas en educación superior.

III. Desafíos fundamentales de las residencias médicas

Tal como se explica en la introducción de este libro, durante el año 2010 fueron realizados dos encuentros para analizar los problemas fundamentales de las residencias médicas y discutir posibles ejes orientadores de las futuras políticas de formación de especialistas.

Para fines de este libro, y particularmente en esta sección, se juntan las conclusiones de los debates y las sugerencias de los dos encuentros, ya que las preguntas orientadoras (apéndices B.3 y C) para ambos fueron similares y las ideas se complementan. Cabe aclarar que en esta parte se consignan tanto opiniones de los responsables de las políticas de recursos humanos y de las residencias de los ministerios de salud y seguridad social, como opiniones de otros interesados que participan activamente en los procesos de desarrollo de las residencias.

En la reunión presencial de Paraguay, además de presentar un informe con los datos generales de las encuestas, a cada país se le solicitó una presentación complementaria siguiendo la guía del apéndice B.3. Además de las presentaciones y plenarias, en la reunión se organizaron dos grupos de trabajo en los que se discutieron problemas relevantes sobre las orientaciones de los perfiles de la formación y la situación de la medicina familiar y aspectos relativos a la gestión y regulación de las residencias.

La organización de las discusiones se ha dividido en tres grandes secciones: *las políticas; la gestión y la regulación y la formación en las residencias* y en cada uno de éstos se desglosan una serie de puntos relativos a cada sección.

A. Políticas de residencias

En este apartado se presenta de manera desagregada los temas que tienen que ver con las políticas orientadoras del sistema de residencias médicas, la articulación entre las instituciones rectoras de Salud y Educación, los sistemas de planificación de las residencias médicas y los sistemas de información.

A.1. Las políticas orientadoras del sistema de residencias médicas

Los cambios que se han sucedido en las dos últimas décadas se han caracterizado por un importante proceso de expansión de las economías, en varios países de la Región de las Américas con avances importantes mediante la formulación de acuerdos que potencian los procesos de globalización, así como en el incremento del uso de la tecnología, la información y la comunicación, particularmente en el campo de la educación superior y de posgrado.

A pesar de las limitaciones del Estado y del vacío entre la antigua y nueva conformación de las sociedades latinoamericanas, desde mediados del año 2000,



los países comienzan a movilizarse en el desarrollo de nuevos procesos de intervención para atemperar los desequilibrios generados por el modelo económico que tuvo su auge en los años noventa. Estas reorientaciones en los procesos de políticas están impulsando un trabajo más estrecho entre los gobiernos a nivel intersectorial, especialmente entre salud y educación, lo que facilitaría una definición de política y mejores tomas de decisiones en el campo de los Recursos Humanos.

Actualmente existe un impulso para desarrollar reformas institucionales que fortalezcan al Estado, y las mismas han estado presentes tanto en Salud como en Educación. Los organismos¹⁷ que trabajan en educación han realizado un llamado urgente y enfático a los miembros de las comunidades educativas, particularmente a los encargados de la toma de decisiones acerca de las prioridades que la Educación Superior debe asumir, sobre la base de una clara conciencia respecto de las posibilidades y aportes que ésta reviste para el desarrollo de la región.

En salud y en materia de recursos humanos para la salud, la Región ha adoptado tanto los desafíos del *Llamado de acción de Toronto* como las *Metas regionales de recursos humanos* ya citados, los que han priorizado avanzar en algunas reformas como la de definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

Existen disparidades en la Región de las Américas entre los países que desde hace pocos años están implementando *políticas de recursos humanos en salud* y otros con un desarrollo y trayectoria más consolidada. Esto genera que algunos sistemas de residencias, como parte de dichas políticas, respondan de manera diversa, con marcos de políticas, planificación y organización más congruentes que otros. En general, en ambos encuentros los participantes mencionan que las políticas y los perfiles de formación de los especialistas no se articulan con las políticas públicas de salud y no se adecuan a las necesidades de salud de la población.

Algunos países mostraron tener problemas puntuales con las residencias vinculadas con los diferentes enfoques y estrategias de las políticas públicas y el desarrollo de los procesos formativos, los cuales pueden caracterizarse por:

- desequilibrios en la oferta de especialistas en las diferentes regiones;
- escasez de algunas especialidades básicas;
- necesidades de nuevos especialistas derivadas de la transición social/demográfica y epidemiológica;
- dificultades para contratar médicos especialistas en determinados campos del conocimiento, e
- inadecuada distribución de los puestos de residencia médica en todo el país.

17. ESALC-UNESCO. Declaración de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES). Junio de 2008. Disponible en: <http://www.udual.org/Anuncios/DeclaracionCRES2008.pdf>.

Los países admiten estar en una buena situación para reorientar las políticas del sistema de residencias en salud, de modo de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, a las políticas de salud y a la organización de los sistemas de salud orientados hacia la APS. Esto implicará entonces trabajar en:

- políticas y planes sobre el número y tipo de especialistas que necesita el sector salud en cada país;
- estudios de necesidades y mecanismos de planificación sobre los especialistas que requieren las distintas concentraciones poblacionales;
- estudios sobre la fuerza de trabajo médica especializada y reorientación de los perfiles de especialistas que se necesiten, y
- asignación de plazas por especialidades y definición equilibrada de cupos hospitalarios.

En ambos encuentros, los participantes mencionaron al Estado y al mercado como complementarios, caracterizando al Estado como garante de los objetivos políticos y coordinador mediante la aplicación de mecanismos de regulación. En este sentido, el desarrollo de consensos entre sectores con representatividad, el acceso al diálogo y las negociaciones gubernamentales, implican cambios en las culturas institucionales y nuevos compromisos para que las residencias ocupen un lugar prioritario en la agenda política nacional.

Por otra parte, los representantes de los países mencionan que un factor importante que limita el desarrollo de políticas públicas en recursos humanos y particularmente en las residencias, es la dificultad para lograr continuidad y sustentabilidad de las orientaciones políticas en contextos de cambios gubernamentales, requiriéndose una permanente legitimidad para sostener las orientaciones.

Algunos países como Brasil,¹⁸ han logrado avanzar con un *Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Especialistas Médicos en Áreas Estratégicas* (PRO-RESIDÊNCIA) para favorecer la formación de especialistas en la modalidad de residencia médica en especialidades y regiones prioritarias, definidas de acuerdo con los administradores del Sistema Único de Salud (SUS). Este programa otorga becas para residentes en regiones y especialidades prioritarias, con el apoyo de instituciones de excelencia y de relevancia en la aplicación de las políticas públicas.

En Chile,¹⁹ por ejemplo, se tomó la decisión política de dar cumplimiento al *Sistema de Garantías Explícitas de Salud* (GES) en cuanto a la resolutivez, calidad, oportunidad, reducción de tiempos de espera y a mantener y elevar los niveles de salud de la población, a través de incrementar la disponibilidad de médicos especialistas en la Red Pública de Salud, con la contratación de 500

18. Brenelli S. Coordinación de Áreas Estratégicas de Educación en Salud. Departamento de Gestão da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Ministério da Saúde. Presentación en la reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

19. Toro Madariaga H. Residencias médicas en Chile. Departamento de formación y capacitación. Ministerio de Salud. Chile. Presentación en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

cupos de jornadas completas y desarrollar un programa especial de formación de especialistas para 1000 médicos en áreas carentes entre los años 2009 y 2010.

Perú²⁰ ha planteado cinco desafíos para la década 2006-2015 y la conformación de una unidad de conducción estratégica de Recursos Humanos en Salud. El país pretende tener a las personas adecuadas en los lugares adecuados, mejorar la capacidad de reclutamiento y retención en las zonas más vulnerables, involucrar a los trabajadores de salud con los objetivos sanitarios a través de la mejora de las condiciones de trabajo con dignidad y establecer interacciones entre la educación y los servicios de salud para transformar la formación que permita la prestación de los servicios con calidad, eficiencia, equidad y pertinencia.

Los acuerdos establecidos en el Consejo Federal de Salud (COFESA) de Argentina²¹ en el 2008 disponen orientar los cupos nacionales hacia la formación de especialidades prioritarias como la APS y otras áreas críticas. Las restantes especialidades serán ofertadas a través de residencias provinciales financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación de acuerdo con las prioridades sanitarias locales. Con la Comisión Asesora de Acreditación de Residencias se han acordado: los criterios de formación, avanzar en el proceso de acreditación de las residencias y en la acreditación de las sedes. Otro punto importante es el desarrollo de mecanismos compensatorios de financiamiento entre las diferentes provincias mediante el incremento en el número de becas y la complementación de los montos de las becas para sostener una proporcionalidad entre los salarios provinciales.

A pesar de los números de plazas presentados en las encuestas, la mayoría de los países manifestaron la necesidad de aumentar el número de residentes de medicina familiar con orientación a la Atención Primaria en Salud. También se está promoviendo el fortalecimiento de la APS en los programas de formación de médicos de pregrado. Sin embargo, los participantes de ambos foros de debate consideraron que se debe reforzar el modelo de atención basado en la APS para atender problemas de salud pública, avanzando en la organización de redes de servicios y en la dotación de egresados de ésta y otras disciplinas, con contratos laborales adecuados.

En el taller de Paraguay, los participantes sugirieron como medida política, asignar plazas desconcentradas a nivel de las provincias para la formación de especialistas a fin de atender las necesidades locales, asegurando al mismo tiempo, garantizar el empleo de especialistas en lugares estratégicos y un tipo de contrato con retribución social e incentivos salariales para la permanencia de los mismos en dichos lugares. También en el foro virtual se recomendó establecer estrategias y mecanismos específicos para motivar la formación en Salud Familiar y retener a sus egresados en zonas priorizadas, implementando sistemas de incentivos, pago diferenciado y turnos de trabajo, entre otros.

20. Huamán, L. Los procesos de formación en las residencias médicas. Dirección de Gestión de Capacidades en Salud/Dirección General de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de Perú. Presentación en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

21. Duré, I. Sistema nacional de residencias del equipo de salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud de Argentina. Presentación en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

Surgió además la recomendación de que los países trabajen en nuevas políticas y planes para las residencias, a la luz de los cambios de los sistemas de salud y su organización en red, contemplándolos como una palanca importante de dichos cambios.

A.2. Articulación entre las instituciones rectoras: salud y educación

La situación actual de la mayoría de los 14 países participantes en el primer encuentro presencial permite suponer la posibilidad de que puedan construir una alianza entre Salud y Educación, a fin de lograr políticas consensuadas de recursos humanos en salud y trabajar en un nuevo ordenamiento y direccionalidad de los sistemas de formación de profesionales y, particularmente, de los especialistas en salud.

La negociación deseada deberá dar lugar a acuerdos que satisfagan las exigencias del sistema de salud, considerando la organización de las redes de Atención Primaria de la Salud y el potencial de las instituciones educativas para apoyar esta construcción.

La formación en las residencias es una fuente de conflicto frecuente entre la universidad y el sistema de salud, por razones relacionadas, entre otras, con los sistemas y mecanismos de titulación, definición y evaluación de los programas, acompañamiento docente, la acreditación de los programas.

La situación de la titulación es parecida en la mayoría de los países, generalmente con la intervención de varios actores en distintos procesos relativos a la titulación, la certificación y la habilitación para ejercer como especialista.

Por ejemplo, en México,²² la titulación está a cargo de las universidades; la certificación de los programas la realizan los consejos médicos de especialidad y en algunos casos la academia nacional de medicina y la autorización para el ejercicio la otorga la Secretaría de Educación Pública.

Hay países donde está más clara la relación de ambos ministerios rectores a través de la universidad pública. En el caso de Costa Rica,²³ existe un convenio entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social —que ofrece las plazas donde los residentes realizan el aprendizaje— y el Ministerio de Educación, a través de la Universidad de Costa Rica, que es la encargada de la parte académica y responsable del proceso educativo bajo la tutoría de los profesores universitarios.

Las universidades en América Latina dependen legalmente de los ministerios de educación y los programas de formación de residentes se desarrollan en los

22. González de Cossia, M. Residencias médicas de México. Dirección de Educación en Salud. Secretaría de Salud de México. Presentación en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

23. Murillo de Umaña, N. Residencias médicas en Costa Rica. Asesora Dirección Ejecutiva y Jefe del Área de Planificación del Recursos Humanos de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. CENDEISS. Presentación en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.

servicios de salud, aunque la mayoría de las titulaciones la otorgan las universidades. Estos vínculos no se desarrollan con la armonía y acuerdos sustantivos con que deberían desarrollarse y existen muchas discrepancias entre la forma de conducir y desarrollar la enseñanza y la investigación a nivel del postgrado, considerando que las residencias constituyen un nivel de especialidad que se ubica en el postgrado.

Sobre estas tensiones y conflictos, los participantes consideraron que el objetivo principal debería ser el establecimiento de nuevas relaciones y acuerdos entre la universidad y los servicios de salud, encarados en el más alto nivel posible, a través de políticas entre los ministerios de salud y educación.

Por otra parte, ambas instituciones necesitan mejorar las formas de negociación con otros actores implicados en el proceso de toma de decisiones como son las asociaciones científicas y gremiales que impulsan o dificultan el desarrollo de nuevos programas de formación. En varios países se han evidenciado obstáculos importantes para abrir espacios y programas de formación en áreas clave.

Se necesita trabajar sobre esta articulación y establecer y potenciar mesas de diálogo para orientar cambios de los perfiles de formación, organizar los programas de formación con competencias definidas, establecer procesos de acompañamiento y evaluación de los procesos y acordar mecanismos de acreditación de los programas y centros formadores.

Los perfiles profesionales son decididos en algunos países por el Ministerio de Salud y en otros, la planificación la realiza el Ministerio de Educación con las Universidades. Además de la definición consensuada de los perfiles, otro gran reto en el diseño de los planes de estudio es precisamente romper con la dicotomía universidad-servicios de salud y la distancia entre la formación de grado y postgrado para pensar en ambas como procesos continuos y articulados.

En los últimos años, el diálogo entre los campos de Salud y Educación se ha incrementado dado la relevancia de los temas pendientes en la formación de recursos humanos y una mayor movilización de intereses convergentes, lo que traduce un favorable proceso de regularización y ordenamiento de las especialidades. Esta situación es necesaria y auspiciosa para generar estructuras institucionales y propuestas académicas que garanticen mayor cantidad de profesionales competentes.

Los acuerdos están facilitando progresivamente resolver los problemas de necesidades locales en la asignación de plazas para la formación de especialistas, así como el incremento en el número de plazas de residentes para medicina familiar, especialidades con orientación a la APS y las gestiones políticas necesarias para fortalecer la APS en los programas académicos de las universidades.

En el caso de Perú, el sistema de residencias responde de diversa manera a las políticas de salud nacionales, particularmente en lo que respecta a medicina familiar, incentivando y promoviendo el ingreso de profesionales ubicados en regiones o áreas urbanas más postergadas social y económicamente para elevar la calidad asistencial en salud y el bajo nivel de reconocimiento y legitimidad entre los profesionales.

El programa conjunto del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud que propone Brasil por ejemplo, busca establecer una armonía entre la regulación, evaluación, control y ordenamiento de la formación de recursos humanos para la salud. Además, algunas de las acciones por parte de los dos ministerios se establecen, a partir de una comisión interministerial de gestión de educación y salud (decreto del 20/06/2007) con el propósito de establecer las orientaciones para la formación de los recursos humanos en salud, particularmente en aspectos relativos a la regulación de cursos superiores de salud y a la oferta de formación en áreas prioritarias, según necesidades regionales.²⁴

En el caso de Chile, se prioriza la elaboración y gestión de convenios docente asistenciales en el marco de una norma técnica y administrativa concordada y se trabaja en el fortalecimiento de la relación docente asistencial regional para la formación de especialistas y sub-especialistas.

El caso de Argentina presenta algunas particularidades. La Ley de Educación Superior (Nº 24 521) no contempla a las residencias como programas de formación de posgrado. Solo el 6% de las residencias del país son universitarias. No todas otorgan título de especialista y existen programa de formación de especialistas universitarios asociados a una residencia. La Comisión Nacional de Acreditación Universitaria (CONEAU) privilegia la asociación con una residencia para la acreditación de la carrera de especialista. El Ministerio de Salud financia plazas de medicina general y/o familiar en dos universidades.

Algunas residencias en Argentina poseen “aval” universitario, con acuerdos diversos para la elaboración y gestión del examen de ingreso, evaluaciones de proceso no sistemáticas, aprobación del programa de formación, instructores universitarios y desarrollo de cursos de formación de formadores.

El “aval” por parte de las universidades se repite en otros países de los presentes y una de las preocupaciones fundamentales consiste en el poco acompañamiento del proceso educativo por parte de las mismas.

En España,²⁵ existen órganos asesores de los Ministerios de Sanidad y Política Social y del Ministerio de Educación cuyas funciones son:

- elaborar los programas formativos de la especialidad;
- definir los criterios de evaluación de los especialistas en formación;
- elaborar propuesta sobre los criterios de evaluación de las Unidades Docentes;
- elaborar informes de los programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales, y
- diseñar planes integrales en el ámbito de su especialidad.

24. Campos F., Haddad A., Michel J., Nunes M., Brenelli S., Petta H, Massuda A., Ribero E. Programa de Apoio a Formação de Médicos Especialistas no Brasil Pro-Residência: Indução para a Formação de Especialistas Segundo Necessidades do SUS. Mimeo. 2009.

25. Infante Campos, A. La formación sanitaria especializada en España. Dirección de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Política Social. Presentación virtual en reunión sobre residencias médicas. Paraguay, 2010.



A partir de estas experiencias pareciera que un proceso conjunto de trabajo entre los ministerios de salud y educación permitiría establecer una más clara caracterización de roles y funciones de cada sector y delinear orientaciones de forma integrada sobre los alcances de una política de recursos humanos de salud y en particular, la formación de especialistas en los servicios de salud, las responsabilidades de ambos sectores, los diseños de los programas y los mecanismos de acompañamiento y evaluación de los procesos.

Los progresivos cambios institucionales están colocando en la misma sintonía de cooperación nacional a los sectores de educación y salud y otros actores involucrados en los procesos de planificación conjunta y expansión a nuevos interlocutores sociales.

A.3. Sistema de planificación de las residencias médicas

La información ofrecida por los países de la Región en ambos encuentros muestra situaciones y problemas similares con respecto a sus mecanismos y procesos de planificación de la formación de los especialistas, aunque con diferentes potencialidades, orientaciones y recursos para su resolución. La planificación del sistema de residencias y, especialmente de las plazas que se otorgan cada año, se rige por los acuerdos institucionales particulares con los distintos hospitales.

En general, en el foro virtual se debatió acerca de cómo los intereses sectoriales y las necesidades particulares de los servicios de salud han sido históricamente el factor fundamental que ha orientado la distribución, cantidad y perfil de los cupos de residencia. Esta situación pone en tensión la posibilidad de que puedan existir procesos de planificación que respondan a las necesidades nacionales basadas en criterios demográficos, de salud, de acuerdo con el modelo de atención y las necesidades de formación de personal en salud del país.

Aun hoy, en la mayoría de los países, las instituciones que continúan presionando para definir los cupos de las residencias son la universidad, las sociedades científicas, los gremios médicos y las asociaciones profesionales. Por lo general, con estos actores se va construyendo un cierto consenso para organizar y compartir responsabilidades institucionales, siempre con el Estado como regulador de los procesos de planificación.

Estos procesos de cambio deberían comprometer modificaciones en la cantidad de vacantes y cupos para residencias, reorientando prioridades de las especialidades y revisiones de sus programas de formación.

En ambos debates, se planteó retomar el concepto de planificación como parte fundamental de la discusión de las políticas de formación en salud y como mecanismo que permite orientar y regular la disponibilidad de especialistas en cada país.

Seguramente, generar un sistema de planificación de personal médico especializado mejorará las respuestas de atención a los requerimientos de salud de la población y contribuirá a fortalecer los nuevos sistemas de salud que se están orientando hacia la organización en redes de atención. Así, la disponibilidad de

los equipos de salud, en la cantidad y distribución requeridos, como el desarrollo de las competencias adecuadas para otorgar servicios de salud oportunos y de calidad, constituyen un desafío prioritario.²⁶

Un aporte importante discutido en el taller presencial fue el de la planificación *como mecanismo para asegurar suficiente personal disponible, con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad*. La planificación atraviesa todos los niveles, desde el nacional donde se toman decisiones que orientan el futuro equipo de salud de la red del sistema de salud, hasta el nivel concreto de la institución formadora, donde también se requiere planificar el trabajo, asignar los recursos para la estadía de los residentes y organizar la docencia.²⁷

Un proceso de planificación y gestión articulado entre salud y educación es un soporte fundamental para establecer el tipo y cantidad de especialistas que se precisan en función de las necesidades actuales y futuros en salud y de acuerdo con el modelo de atención de salud vigente.

Se mencionó el esfuerzo de algunos países por mejorar los procesos de planificación que reduzcan las decisiones enfocadas únicamente en el corto plazo, que controlen los cuellos de botella en algunas especialidades y que reduzcan los desequilibrios entre formación y empleo de los médicos especialistas. Sin embargo, esos esfuerzos no son suficientes.

En algunos países, como Costa Rica, la asignación de plazas para residentes se basa en estudios de la evaluación de las necesidades sanitarias y condiciones epidemiológicas y a partir de la existencia de los recursos institucionales existentes en materia de infraestructura, equipamiento y recurso humano de apoyo (técnicos en salud) con el propósito de adecuar la cantidad y calidad de profesionales que se desempeñarán como especialistas al finalizar la residencia. Se identifican limitaciones en la distribución de especialistas por varias razones: algunas especialidades no son atractivas; hay conflicto con el examen de admisión; los especialistas controlan el mercado de oferta de especialidades y los especialistas desean ser asignados a la gran área metropolitana, por las facilidades sociales, el desarrollo de habilidades y destrezas y la posibilidad de trabajar en la consulta privada. Esta situación fue compartida por varios países.

La planificación de la formación médica en Canadá no es un mecanismo que realiza una sola institución. Según la provincia, puede incluir a la universidad, los ministerios de salud y educación, así como en otras instancias la facultad de medicina, las sociedades médicas, la Asociación de Residentes Médicos y representantes de las autoridades sanitarias regionales. El Ministerio de Educación es el responsable de la formación médica de pregrado, contando con los aportes y orientaciones del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud financia el pago de los sueldos a los residentes por la prestación de los servicios en las instituciones de atención de salud y también negocia con la Facultad de Medicina (a menudo

26. Escuela Andaluza de Salud Pública, OPS/OMS. Planificación de Recursos Humanos en Salud. Documento Base. Taller de Planificación de Recursos Humanos en Salud. Granada, España. 26 al 28 de Mayo del 2010.

27. Rosales, C. Algunas precisiones de política, planificación y gestión de recursos humanos en salud en el marco de las residencias médicas. Presentación en taller de Paraguay. Septiembre 2010.



anualmente) la cantidad de residentes. Este proceso ofrece la posibilidad de generar directrices con respecto al número de primeras posiciones en la selección de plazas y trazar un eje en la capacitación de las residencias desde el primer año, de acuerdo con las evidencias, las tendencias registradas y las necesidades provinciales de los servicios de salud con respecto a las áreas de especialidad.

Mientras la planificación de la residencia es “más un arte que una ciencia, muchas preguntas técnicas se consideran durante este proceso”.²⁸ Las respuestas finales, sin embargo, no sólo dependen de cálculos de la necesidad, sino también sobre los fondos y los recursos disponibles, capacidad del sistema de planificación y gerencia, así como de limitaciones y prioridades políticas. Parte del arte de este proceso de planificación está equilibrando entre el corto plazo de las exigencias del sistema y el largo plazo de las necesidades de la población.

Pueden citarse ejemplos como la creación de una *Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud* en México, en la que se han invertido cuantiosos recursos para el diseño del examen y el desarrollo simultáneo e informatizado en varias sedes, o mediante la aplicación de diversos estímulos como garantizar una remuneración diferenciada para evitar el desplazamiento a otros sitios de formación o, el ofrecimiento de bonificaciones para el ingreso a la residencia de medicina familiar, proceso de planificación que tiene un carácter nacional.

Por otra parte, los participantes consideraron necesario y fundamental armonizar la formación de las especialidades con salud familiar, sistematizar la planificación de la formación en función de redes de servicios y contar con las adecuadas tecnologías en los servicios estatales para las diferentes áreas y especialidades.

El Subcomité de estudio y evaluación de las necesidades de especialistas médicos en Brasil ha planteado como objetivos lograr una definición de políticas para la formación de médicos y especialistas, acordar criterios de calificación y regulación de la formación de especialistas y establecer incentivos para fijar profesionales de acuerdo a las necesidades regionales. Al mismo tiempo, se propone identificar la demanda cualitativa y cuantitativa de especialistas y caracterizar la capacidad instalada en Brasil del Sistema Único de Salud para adecuar el proceso de formación de especialistas. Sus conclusiones plantean la existencia de desequilibrios en la oferta de especialistas en las diferentes regiones, escasez de alguna especialidad, nuevas necesidades derivadas de la transición social/ demográfica/epidemiológica, dificultades en contratar médicos especialistas, inadecuada distribución de los puestos de residencia médica en el país.

También se destacó la necesidad de avanzar en una planificación de la formación de las especialidades que contemple una concepción de integralidad, interdisciplinaria y multiprofesional, basada en la autonomía progresiva del residente en relación al tutor, ponderando la calidad formativa y la evaluación del desempeño.

28. Cameron, R. Human Recourses for health planning and post-graduate medical education. Virtual presentation for Paraguay's meeting. September 2010.

En el caso de Cuba,²⁹ el Ministerio de Salud Pública evalúa y planifica las necesidades de formación de acuerdo con las áreas locales de salud y formula la oferta educativa para la formación de especialistas. También elabora los perfiles profesionales dependiendo de las necesidades de cada territorio. Cada provincia decide los recursos que necesita y el reglamento de residentes estipula tanto las horas de formación como las de trabajo.

En el caso de España, en el año 1978 se estableció el sistema único de residencias para la formación de médicos especialistas. La oferta anual de plazas para la formación se establece en base a las propuestas de las comunidades autónomas, a sus necesidades de especialistas y a las disponibilidades presupuestarias.

El debate desarrollado permite sostener que, en el contexto actual que registra cambios de tendencias y reconoce la necesidad de elaborar y desarrollar respuestas en los espacios descentralizados del sistema de salud en cada país, es absolutamente impostergable articular procesos de planificación y gestión formativa más eficaces para el cumplimiento de objetivos políticos en la formación de posgrado en salud a nivel de la Región.

Estos procesos requieren de estudios sobre las necesidades de especialistas, la dotación de personal especializado y sobre mecanismos de incentivos por área geográfica y condiciones de trabajo.

A.4. Los sistemas de información

Un tema ampliamente debatido en ambos foros ha sido la necesidad de mejorar y adecuar los sistemas de información para que, adaptados a las necesidades locales y de cada país, permitan estimar las necesidades de especialistas actuales y a futuro.

Los sistemas de información muestran condiciones dispares en su desarrollo, complejidad y propósitos entre los países. Existen bases de datos que con cierta precariedad cuantifican cantidad de residentes, sedes, especialidades, hasta procesos y mecanismos organizados estructuralmente que generan datos e información como insumos para la toma de decisiones por parte de las autoridades correspondientes.

En muchos países, gran parte de la información se encuentra fragmentada en diferentes ámbitos desde donde se financian las residencias: ministerios de salud, seguridad social, fuerzas armadas y el sector privado. Algunos de ellos tienen bases de datos, otros no y el tipo de información que se registra no siempre es el mismo.

Tanto en el encuentro como en el foro virtual los participantes expresaron la necesidad de contar con sistemas de información adecuados que produzcan información pertinente y de buena calidad sobre número de pla-

29. Díaz Cruz, L. Residencias médicas en Cuba. Dirección Nacional de Post Grado. Área de Docencia e Investigación. Ministerio de Salud de Cuba. Presentación en taller de Paraguay. Septiembre 2010.

zas por año, matrícula, número de egresados por año, migraciones internas y externas, tipo de residencias ofrecidas en los distintos servicios de salud, los perfiles de formación, los programas acreditados, etc. Se concluye que la disponibilidad de esta información resulta prioritaria ya que facilitará tanto los análisis como la toma de decisión sobre las políticas de formación.

Los participantes consideran que siendo la información un recurso esencial, es necesario mejorar los presupuestos estatales para conocer el estado de situación en las residencias, su dinámica y promover prioritariamente investigaciones que orienten proyectos estratégicos de cambio e innovación en materia de recursos humanos especializados.

La experiencia del MERCOSUR ofrece beneficios por la utilización de sistemas de información compartidos (matriculas, certificación de especialidades médicas) compatibilizando los sistemas locales y nacionales en uno de características regionales.

La estabilidad y consolidación de los procesos políticos institucionales en la mayoría de los países y una mayor inversión estatal, han permitido avanzar y consolidar mejoras de los sistemas de información como parte de las áreas de recursos humanos de los ministerios de salud de los países, dedicados en gran parte, al análisis de los escenarios y a la planificación de la formación de los especialistas a través de las residencias.

En el foro presencial se hizo hincapié en fortalecer la capacidad de los observatorios de recursos humanos de los países y el regional de la OPS,³⁰ ya que su apoyo al desarrollo de los recursos humanos y la movilización de las redes profesionales podría contribuir a fortalecer cambios en los modelos formativos y optimizar los sistemas de información, de manera de impulsar las políticas de las residencias como una parte sustantiva en el desarrollo de los recursos humanos en salud. La estrategia debería complementarse colaborando en generar conocimientos e información cualitativa para mejorar la calidad de las residencias en la Región.

B. La gestión y regulación de las residencias

En esta sección se presentan los temas relacionados con la gestión de las residencias; el ingreso y selección a las residencias y; la acreditación de las residencias.

B.1. La gestión de las residencias

Para la OPS, los desafíos para la gobernabilidad y gestión de las residencias se expresan fundamentalmente en la necesidad de dar respuesta a la compleja relación entre los sectores de la salud y la formación, privilegiando las necesidades sanitarias del país, sustituyendo las acciones corporativas que responden a

30. OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos para la Salud. Disponible en: <http://www.observerh.org/>.



contar con mano de obra de bajo costo en los hospitales y la sustitución, en muchos casos, de la plantilla profesional.

Nuevos caminos requieren ser explorados en la formación de especialistas, como en el caso de la medicina familiar y de la articulación con otras especialidades. Se requiere por tanto, conocer y desarrollar nuevas estrategias que reorienten las residencias médicas y contribuyan a la construcción de servicios de salud enfocados en la APS y las RISS. Esto requiere establecer mecanismos para estimar las necesidades de especialistas e identificar los elementos comunes entre los países de la Región para concretar una direccionalidad de los debates que atraviesen la política de Recursos Humanos hasta llegar a las residencias médicas.³¹

La formación de los especialistas de salud a través de las residencias requiere un control y orientación por parte del Estado, promoviendo mecanismos de regulación nacional que consoliden procesos equitativos para su acceso.

Estas orientaciones precisan del diseño y gestión estratégica de un *Plan de Recursos Humanos*, que contemple un modelo de gestión, con claros mecanismos de financiamiento y de desempeño e incentivos de la carrera sanitaria y/o administrativa para el caso particular de los especialistas.

Entre los mecanismos de gestión necesarios se requiere definir los reglamentos, directrices, normas y procedimientos para la regulación de las prácticas de formación de especialistas de salud, así como el diseño del sistema de evaluación, control de gestión y sistema de incentivos a la producción.

Estos mecanismos de contratación y entrega de incentivos permitirían asegurar, atraer y retener a los especialistas y sub-especialistas formados, en lugares donde más se necesiten y especialmente en zonas alejadas.

Un comentario generalizado por participantes del encuentro y el foro ha sido que, los mecanismos de gestión también implican elaborar convenios docente-asistenciales que permitan contar con especialistas formados en el mediano y largo plazo, de acuerdo a las necesidades locales, en el marco de una norma técnica y administrativa concordada.

Dos ejemplos interesantes de gestión de las residencias presentados en la reunión de Paraguay fueron los casos de Argentina y España. En Argentina, la *Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional* ha definido entre sus funciones de gestión:

- definir los criterios de formación y capacitación del capital humano en salud, teniendo como eje central la estrategia de atención primaria de la salud;
- determinar el perfil de profesionales, técnicos y auxiliares, que requiere el sistema, promoviendo las acciones necesarias para su formación y capacitación;

31. Godue, C. Las políticas y las metas de recursos humanos en salud. OPS/OMS. Presentación en taller de Paraguay. Septiembre de 2010.



- intervenir, junto a los organismos nacionales competentes, en el reconocimiento de los programas de formación del equipo de salud, tanto de grado como de postgrado, promoviendo las reformas curriculares necesarias para su adaptación a las demandas del sistema y la comunidad;
- financiar e intervenir en las adjudicaciones de cupos de residentes del equipo de salud en las distintas jurisdicciones del país, y
- asistir técnicamente a las jurisdicciones provinciales para la capacitación y el desarrollo de su capital humano y el de los procesos de calidad de los servicios.

Desde el año 1984, España regula la formación sanitaria especializada y la obtención del título de médico especialista de aquellas especialidades con formación por el sistema de residencia (Real Decreto RD127/ 1984). Como parte del sistema de regulación se establecen las bases de los programas formativos, se definen los requisitos mínimos de los centros y unidades docentes acreditadas y se favorece la responsabilidad de los residentes en su propia formación. Anteriormente, en el año 1978, se había establecido el sistema de residencia unificado para la formación de médicos especialistas y desde 1979 se establece el acceso a la *Formación Sanitaria Especializada*, a través de una prueba de carácter nacional. También se reguló la relación laboral especial del sistema de residencia con una formación a tiempo completo retribuida y una duración mínima que tendiera hacia la convergencia con otros países europeos.

B.2. Ingreso y selección a las residencias

La mayoría de los médicos generales que egresan de las universidades de cada país aspiran a especializarse en el sistema más antiguo de formación de especialistas que son las residencias médicas.

Es también conocida la proliferación de universidades y de escuelas de medicina en particular, en la mayoría de los países, lo que ha aumentado el número de médicos egresados anualmente. Como consecuencia, en número de aspirantes a ingresar a una residencia también ha aumentado y acarrea problemas para la identificación de presupuestos anuales para cubrir un determinado número de plazas, para la organización de los procesos de selección y para garantizar programas de formación de calidad en lugares con poca tradición en procesos formativos.

En la mayoría de los países existen unidades y/o personas responsables de llevar adelante todos estos procesos y en algunos de ellos se han establecido procesos de ingreso a partir de exámenes y otros mecanismos.

Todos estos mecanismos implican responsabilidad y compromiso institucional, medidas de seguridades efectivas, transparencia en el proceso y periodicidad esperable en la presentación y difusión de los resultados.

La implementación de mecanismos de ingreso y selección de candidatos a las residencias ocupa un tiempo importante en cuanto a la organización de la convo-

catória, la elaboración de las herramientas de selección, la preparación del examen en el caso que exista y el diseño de los sistemas de información y el análisis de dichas aplicaciones. La gestión de este mecanismo supone diferentes etapas de organización y la búsqueda de recursos financieros.

En algunos países, los exámenes de ingreso han logrado ser muy novedosos, pasando de la metodología de selección múltiple a incorporar metodologías de análisis de casos clínicos, de solución de problemas e incorporando imágenes para su lectura e interpretación. Tal es el caso de México, que ha definido un proceso distinto de organización, desarrollo y elaboración del examen de ingreso a las residencias.

La convocatoria en España es única, de carácter nacional y el examen consiste en una prueba o conjunto de pruebas específicas para las distintas especialidades de acceso. La prueba analiza conocimientos teórico-prácticos y habilidades clínicas y comunicativas mediante una metodología de múltiple respuesta (Test multi-respuesta 225-250 preguntas) con imágenes y casos clínicos en medicina.

Cada especialidad posee una comisión en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud cuyas funciones son desarrollar los programas, evaluar las unidades docentes y orientar los planes integrales de los especialistas. En los últimos tiempos, España ha tendido a cerrar la brecha entre la oferta de plazas para los ingresantes a la carrera de medicina y la oferta de plazas a las residencias.

En Paraguay³² funciona la *Comisión Nacional de Residencias Médicas* (CO-NAREM), creada por Resolución en el año 2004 que tiene como objetivos la planificación, la organización y el control de las ofertas de programas de residencias médicas en todo el país, logrando avanzar en un proceso de selección a través de un examen de admisión como único procedimiento por el cual se accede al programa nacional de residencias médicas.

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) es responsable de un concurso nacional para ingresar a la etapa de destinación y formación (EDF) en las especialidades. Luego de haber desempeñado actividades por un período de tres años en el nivel primario de atención de uno o más servicios de salud, el/la profesional pueden postular a programas de especialización a través de un concurso nacional.

En el caso de Perú, se realiza una inscripción por la Universidad, previo registro en la base de datos de CONAREME (SIGESIN), y una evaluación del postulante según los siguientes factores: examen único con un puntaje máximo de 84,6 puntos; una bonificación SERUMS con puntaje máximo de 10 puntos; la consideración de la Orden de Mérito; puntaje máximo 5,4 puntos y la adjudicación de plaza por orden de mérito.

Un tema de preocupación surgido en la discusión del taller es la existencia, en varios países, de un mercado de “cursos para la preparación al examen de

32. Gulino, R. Residencias médicas en Paraguay. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud de Paraguay. Presentación en taller de Paraguay. Septiembre 2010.



residencia” y que tiene como propósito preparar a los médicos de reciente egreso para obtener una plaza de residencia a través del examen otorgado por el país y otros países.

B.3. Acreditación de las residencias

Los participantes del taller de Paraguay reconocieron que actualmente se están encarando en los países diferentes acciones para revisar las condiciones estructurales requeridas para la formación de los especialistas y de las residencias en particular para adecuarse a los requisitos y procesos nacionales de acreditación, que han iniciado con los programas de formación de médicos de pregrado.

Resulta importante establecer y definir claramente los ámbitos y responsabilidades de las instituciones estatales y otros actores sociales que intervienen en la organización, coordinación, dirección de las actividades de evaluación de las estructuras y procesos en la formación de las residencias.

Un modelo presentado y analizado fue el de Cuba en el cual la acreditación se realiza mediante una “autoevaluación” de las unidades y sedes formadoras con una acreditación provincial y nacional posterior. La evaluación externa es realizada por el Ministerio de Educación, con lo cual intervienen en el proceso los dos ministerios.

En Argentina, el sistema nacional de acreditación de residencia es presidido por el Ministerio de Salud y cuenta con la adhesión de las jurisdicciones provinciales. El proceso de acreditación consta de una evaluación de cada residencia por especialidad y por sede, que es realizada por entidades externas al Ministerio y habilitadas para esta tarea, las cuales integran un registro nacional de evaluadores (academia de medicina, facultades de medicina, sociedades científicas, asociaciones profesionales y civiles). Es considerado como un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación, que establece una base común buscando asegurar una formación de calidad, generando lineamientos curriculares comunes. El objetivo de este proceso es lograr que la formación de todas las residencias del país sea equivalente a nivel Nacional. Las etapas para obtener la acreditación siguen el patrón del resto de las acreditaciones nacionales con una evaluación externa y la acreditación y categorización correspondiente. Los requisitos mínimos para acreditar son:

- presentación de programa de formación;
- cantidad mínima / máxima de pacientes;
- diagnósticos más frecuentes y patologías prevalentes;
- acceso a inter-consulta y servicios de diagnóstico;
- rotaciones;
- limitación de guardias;
- clases teóricas;

- evaluación anual;
- responsable docente;
- beca mensual rentada, e
- infraestructura.

En Perú, el *Comité Nacional de Residencias Médicas* (CONAREME) realiza la acreditación de los hospitales con los que se tiene convenios para la formación de especialistas.

En Brasil, la *Comisión Nacional de Residencias Médicas* acredita los programas de formación.

En otros países como la República Dominicana, el propio Ministerio de Salud es quien realiza las acreditaciones.

Los procesos de acreditación que en varios países poseen un carácter centrado en actividades que refuerzan las respuestas a necesidades de grupos de interés o sectores corporativos, merecieron un análisis particular. Se consideró que la existencia de información fidedigna y la transparencia institucional es importante para poder comparar las experiencias de los procesos de acreditación de sedes y programas de formación entre los países.

Se enfatizó en la necesidad de **ajustar y definir estándares de acreditación de las residencias para lograr cambios en la capacitación y calidad formativa, en función de las demandas de los mercados de trabajo y respondiendo a los lineamientos nacionales y marcos de referencia internacionales existentes, garantizando una adecuada formación de especialistas a nivel de los países y de la Región.**

C. La formación en las residencias

En este componente se presentan temas relativos a los programas de formación; las unidades coordinadoras del proceso educativo; el papel de los docentes; las condiciones básicas para el aprendizaje de los residentes y los recursos tecnológicos para la formación profesional. También se presenta la discusión sobre los nuevos perfiles de formación: la salud familiar y la APS y los escenarios de formación.

C.1. Los programas de formación

En el tema de los programas surgieron diferentes problemas que están enfrentando los países, los cuales fueron desagregados para su mejor comprensión en los siguientes puntos:



C.1.1. La adecuación de los programas formativos a las necesidades de salud

El primer tema tiene que ver con la inadecuación de los programas de formación a las necesidades de la gente y a los nuevos ordenamientos de los sistemas de salud, tal como expresó el participante por Colombia, cuyos cambios del sistema de salud no han sido acompañados por una adecuación curricular de los programas de formación de las especialidades médicas y los residentes de las diferentes especialidades se enfrentan ante problemas para los que no están suficientemente preparados.

En algunos países, para buscar una mayor coherencia, los programas de las especialidades se están adecuando aunque de manera no sistemática para hacerlos únicos, siendo los de medicina familiar los que han avanzado más, acordando objetivos, actividades y competencias.

En este aspecto hay avances en Cuba, donde los programas son revisados y actualizados por los grupos nacionales de las especialidades y asesores de las Universidades de Ciencias Médicas, cada vez que es necesario y de acuerdo a los adelantos científico-técnicos en cada especialidad. Está establecida obligatoriamente su revisión en un periodo no mayor de cinco años.

Desde hace algunos años, España está desarrollando contenidos “troncales” de las residencias con el propósito de desarrollar capacidades y contenidos formativos comunes durante dos años en áreas de desempeño esenciales para las especialidades. Es un periodo formativo común de un grupo de especialidades en ciencias de la salud, que se establece con base a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, compartidos por todas las especialidades que conforman el tronco. La duración mínima del periodo troncal es de dos años. Existen cuatro troncos: médico, quirúrgico, laboratorio y diagnóstico clínico e imagen clínica. Luego continúan con sus respectivas áreas de capacitación específica que involucran el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad o en extensión a los propios de la formación como especialista.

Estas intervenciones tienen un doble carácter, primero elaborar directrices, desarrollar competencias, evaluar los procesos y establecer un monitoreo de la calidad. En segunda instancia, desarrollar intervenciones focales de corto plazo en determinadas áreas geográficas, de acuerdo con necesidades estratégicas de salud pública. La orientación teórica apoya el desarrollo de redes de atención destinadas a patologías prevalentes, formación de equipo por línea de cuidado que incluyen diferentes niveles y complejidades de cuidado, desarrollo incremental de responsabilidades para especialistas y sub-especialistas. Los escenarios de práctica involucran redes de servicios, centros de salud y hospitales. La orientación pedagógica está basada en procesos de educación-trabajo y gestión.

Entre los principales desafíos de cambio señalados por los participantes del encuentro y del foro virtual se manifiesta la necesidad de desarrollar modelos integradores de formación orientados a la resolución de problemas y orientados a la comunidad, centrados en el residente, y al aprendizaje en diversos contextos y escenarios.



Las residencias necesitan integrar la formación con su entorno y contexto político-sanitario teniendo en cuenta sus especificidades, objetivos y las competencias propias a ser adquiridas en cada especialidad.

Tal como ha planteado Brasil, cada especialidad necesita identificar tanto sus competencias como sus escenarios de formación para organizar su trayectoria de formación en donde los residentes desarrollen una responsabilidad y autonomía progresiva. Esto implica articular acuerdos entre instituciones formadoras y servicios de salud con el propósito de desarrollar capacidades en los residentes y transformaciones en las prácticas de cuidado.³³

La adquisición de determinadas competencias implica dar un salto cualitativo en cuanto al diseño de los programas de formación, partiendo de un enfoque que retome los problemas de salud de la población, generando prácticas de promoción, preventivas, asistenciales y de cuidado individual y comunitario, lo que ayudará a superar el paradigma formativo clásico centrado en el hospital y dirigido al paciente internado.

Las variaciones demográficas y socioeconómicas están contribuyendo a cambiar los patrones de salud y enfermedad, constituyendo uno de los desafíos más importantes a enfrentar por parte de las instituciones sociales y de salud. El envejecimiento de la población muestra una tendencia al incremento de las enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, neoplasias y traumatismos por accidentes y violencia que han incrementado la demanda de especialistas en éstas áreas.

Fundamentalmente los participantes en los debates consideraron que los programas de formación son la expresión orgánica de aquello que se pretende formar, establecen la direccionalidad de los procesos y los medios para lograrlos y fundamentan las decisiones que se toman para tales fines. Deben ser definidos partiendo de la base del trabajo, de la realidad social de cada país, de la práctica educativa y del diálogo entre los docentes sobre los problemas y tareas hasta que comiencen a desarrollar una “nueva tradición” de construcción colectiva y la nueva filosofía de trabajo educativo que se desea encarar.

C.1.2. La investigación como eje de aprendizaje transversal de los programas de formación

Los participantes mencionaron con énfasis la necesidad de promover en la residencia la adquisición de competencias en investigación para estimular capacidades para su diseño y desarrollo como parte del proceso de aprendizaje.

La investigación que realiza el residente le permitiría articular las actividades asistenciales con los problemas operativos y éticos que se presentan en las instituciones de salud, conocer en profundidad el problema que se estudia y analizar los resultados, contemplando el proceso y el valor de la toma de decisiones sobre bases más seguras.

33. SUS. Op. Cit. 2009.



En el caso de Cuba, todos los profesionales en régimen de residencia están en la obligación de realizar un trabajo de investigación en la especialidad que cursa denominado *Trabajo de terminación de la especialidad*. El tema de la investigación a desarrollar deberá estar fundamentalmente vinculado con las líneas de investigación de la institución y caracterizarse por su valor científico y sentido práctico.

El enfoque de la salud pública de la población debe ser parte de un eje importante de reflexión con los residentes en los servicios públicos, por ser el ámbito de práctica y aprendizaje de los mismos. Es por esto que la investigación epidemiológica, además de la correspondiente a las especialidades, debe facilitar la descripción y el análisis de las necesidades de salud de la población, identificar los riesgos para la salud y los determinantes sociales de las enfermedades, de manera tal de contribuir a formar valores sociales básicos fundamentales en los futuros especialistas, tales como la equidad y el compromiso social.

Para lograr las metas formativas los participantes consideraron que la investigación en los temas epidemiológicos de la especialidad debe superar además la práctica del investigador individual y exclusivo, permitiendo la composición de grupos de investigación interdisciplinarios e involucrando distintas unidades u hospitales. Una línea de investigación estratégica, como eje transversal del proceso de aprendizaje, será aquella que procure dar respuestas al sistema de salud en temas relevantes que urgen a la sociedad actual, como la violencia y la desnutrición infantil, así como otras que a nivel social comiencen a tener repercusiones como son las nuevas formas de enfermedades transmisibles.

C.1.3. Los mecanismos de estudio y trabajo interdisciplinarios

Existió consenso entre los participantes con respecto a que la formación de los residentes en sus especialidades es potenciada en el desarrollo de sus competencias por actividades y a través de la participación conjunta en proyectos interdisciplinarios.

Los programas de formación organizados con formato “interdisciplinario”, o a partir de “los problemas de salud que se presentan en la práctica diaria” exigen un esfuerzo adicional de todos los involucrados en el proceso educativo por conectar conocimientos provenientes de campos disciplinares o especialidades diferentes, lo que seguramente proporcionaría a los residentes una experiencia de aprendizaje más significativa.

Los programas de formación organizados con un código más integrado exigen que el profesorado cambie de formación (en sentido pedagógico), de actitud (aceptación de sus propias lagunas de conocimiento) y de formas diferentes de trabajar en grupo, lo que tiene serias repercusiones de tiempo y coordinación de espacios de trabajo y definición de líneas y objetos de estudio compartidos.

Otro asunto considerado durante los debates fue el desarrollo de aprendizajes interprofesionales e interdisciplinarios como procesos que ponen en cuestionamiento los límites de las barreras entre las diferentes prácticas y campos de intervención construidos por las especialidades. Esta situación permite mejorar

las relaciones interpersonales, de colaboración y complementariedad profesional entre diferentes visiones y niveles de integración en las prácticas de salud.

La interdisciplina podría mantener su condición estructural en la estrategia de APS, no sólo para abordar la complejidad y la resolución de los problemas de salud, sino para modificar las relaciones jerárquicas tradicionales, así como para lograr la movilización activa de todos los involucrados: los trabajadores de salud, usuarios, pacientes y la población.

Especialmente en el debate virtual, se discutió intensamente sobre las residencias interdisciplinarias y los beneficios obtenidos a través de un sistema de actividades destinado a promover, sostener y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mediante el diálogo entre disciplinas y especialidades en diferentes escenarios.

Las experiencias en algunas residencias de Argentina y Brasil se tomaron como ejemplo de cómo la interdisciplina es asumida tanto en el desarrollo de las metodologías de aprendizaje como en los contenidos programáticos, con el propósito de estimular las capacidades de análisis, las habilidades para la comunicación y la gestión en el manejo eficiente de los recursos, vinculados con un compromiso ético en la toma de decisiones.

El aprendizaje del trabajo en equipo en las residencias interdisciplinarias implica ante todo una organización distinta del programa de formación, que conlleve a los distintos integrantes de disciplinas diversas a sostener espacios de diálogo y reflexión a partir de problemas de salud- enfermedad, a generar interrogantes e intervenciones de cada integrante del equipo desde el marco de su disciplina básica, la cual no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella en una relación más horizontal y se enriquece con la visión de las otras.

Estas experiencias existen en pocos países y sería un proceso innovador para los países que han iniciado cambios en sus sistemas de salud hacia la APS. Para esto es preciso contar con un enfoque integrador desde la planificación de la formación de los especialistas y también con una nueva forma de gestión hospitalaria, donde el personal de planta haga a su vez las mismas funciones de integración y sirvan de modelo a los residentes de las distintas disciplinas.

Un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder estarán siempre presentes. A nivel individual exige renunciar a creer que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Éste es un dato determinante, pues la interdisciplina no es posible si no existe una relación democrática entre las disciplinas que participan de la tarea.³⁴

Si bien no existe un único proceso para desarrollar la interdisciplinariedad, es adecuado considerar que las experiencias docentes reflejadas en algunos trabajos y publicaciones plantean que para construir ambientes adecuados y mejores

34. Stolkner A. La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Rosario, Argentina. Campo Psi. Revista de Información especializada. Año 3, N° 10, Abril de 1999. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/concurso07/inter1.pdf>.

posibilidades de aprendizaje, se requiere de algunos pasos³⁵ que suelen estar presentes en cualquier intervención interdisciplinaria tales como:

- definir un problema;
- determinar los conocimientos necesarios;
- definir las disciplinas representativas para intervenir en dicho problema;
- desarrollar un marco integrador y los aspectos a ser investigados;
- especificar los estudios o investigaciones concretas;
- reunir los conocimientos actuales y buscar nueva información;
- resolver los conflictos entre las distintas disciplinas tratando de buscar un vocablo común;
- construir y mantener la comunicación a través de técnicas integradoras;
- cotejar todas las aportaciones y evaluar su adecuación, integrar los datos obtenidos individualmente, y
- ratificar o no la solución que se ofrece y decidir sobre el futuro de la tarea.

Finalmente se acordó en la necesidad de priorizar en la residencia de medicina familiar particularmente y en otras especialidades básicas las estrategias de formación interdisciplinaria, involucrando e incentivando a tutores y docentes en actividades conjuntas y acordando algunos pasos como los expuestos anteriormente u otros que se consideren adecuados.

C.1.4. Los nuevos enfoques de construcción y desarrollo curricular

En ambos encuentros se puso de manifiesto la persistencia del modelo escolar tradicional en los enfoques de formación de las residencias, que responde a una visión simplificada de los sujetos y restringida de los conceptos de aprendizaje del adulto en las organizaciones cuya misión principal es atender problemas de salud.

Es por esto que, una vez definidos los perfiles de formación y los distintos escenarios de formación y prácticas, es preciso adoptar y adaptar los programas de formación, pensando que, como menciona Sacristán, “educar para la vida es educar para un mundo en el que nada nos es ajeno. La educación se ve obligada a replantear sus metas y a revisar sus contenidos”.³⁶ El autor citado plantea tomar en consideración algunas ideas novedosas tales como:

- considerar la vida cotidiana y los problemas sociales: partir de problemas reales;

35. Torres J. Globalización e interdisciplinaria: el currículo integrado. Madrid: Morata. 1994.

36. Sacristán J. La educación que aun es posible. Madrid: Morata. 2005. P.15.



- organizar globalizadamente los contenidos en unidades complejas que exijan la coordinación entre docentes o “docencia en equipo”;
- estimular distintas formas de expresión de los alumnos, fomentando el diálogo;
- dar continuidad a lo largo de los períodos, ciclos, grados;
- explorar todos los tipos de aprendizaje posible: innovación permanente, y
- aprovechar todas las fuentes de información.

Esto significa que en la práctica hay que pensar en dos etapas: **el momento de escribir el programa de formación o estudio y el momento del desarrollo curricular.**

El programa debe ser entendido³⁷ como una propuesta tentativa para comunicar los elementos y rasgos esenciales de un propósito educativo para ser sometido a consideración y abierto a la discusión crítica y pueda ser llevado efectivamente a la práctica y, además, sujeto a revisión permanente. Desde este punto de vista, la política curricular debe partir de un marco de definiciones básicas, que permita modelaciones particularizadas a medida que se realiza en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la decisión y en la realización del proyecto a participar activamente, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica, un instrumento de formación de profesores y un determinante de la calidad de la educación.

En ambos debates se planteó la preocupación sobre programas de estudio que no se revisan en años y que datan de tiempos lejanos. Otros opinaron que existe un “currículo oculto” dominado fundamentalmente por las rutinas, rituales, las tradiciones, las visiones particulares de los docentes y los grupos de interés. Este tipo de desarrollo curricular sin los acuerdos escritos, reduce ampliamente la capacidad de conciencia crítica de docentes y alumnos y no permite evaluar permanentemente los resultados del proceso educativo y particularmente del aprendizaje de los residentes.

La gestión de las unidades de formación de los residentes y de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud, deben pautar normas de revisión permanente de los programas. El formato curricular es sustancial para la configuración del currículo y esto implica coordinar un trabajo colectivo de diálogo entre todos los docentes que participan del proceso educativo, no sólo para la revisión del programa de estudio y acordar los temas fundamentales a trabajar durante el proceso formativo sino también, para analizar la práctica educativa y la evaluación de sus resultados.

En las discusiones en ambos encuentros también se evidenció que en muchos de los programas de las residencias se han abandonando los espacios de formación teórica y son pocos los disponibles para el estudio de las teorías que acompañan la reflexión de la práctica. La articulación de la teoría con la prácti-

37. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata, 3ra.ed;1991.



ca debe redimensionarse y en este sentido, se discutió sobre las oportunidades que las tecnologías de la información hoy día ofrecen para el acceso a nuevos conocimientos y la interrelación entre los grupos de investigación. Espacios de aprendizaje virtuales como el Campus Virtual de Salud Pública³⁸ ofrecen herramientas de innovación en el ámbito de enseñanza y del aprendizaje que pudieran ser utilizados también por los programas de residencias médicas a través de los nodos de países.

El segundo momento de desarrollo curricular, es todo el proceso que acontece a lo largo del período de formación. El currículo no es un cuerpo estático³⁹ de contenidos predeterminados que se reproducen a través del proceso pedagógico. Consiste en la selección y organización de contenidos en el seno de un proceso pedagógico dinámico y reflexivo, evolucionando y desarrollándose constantemente. De manera que, sobre la base del plan de formación o estudio, se tiene que planificar su concreción y desarrollo en la práctica, y lo que es más importante, su evaluación constante y de manera sistemática.

Una buena propuesta de desarrollo curricular será siempre el resultado de aproximaciones sucesivas, de aprobaciones y rechazos parciales, que requiere necesariamente de un proceso de reflexión en acción, de un diálogo permanente y por tanto, de un espacio dedicado a estos fines, lo que en definitiva significará construir un modo de trabajo particular para llevar adelante los procesos educativos.

La práctica constituye una forma de interacción, cuyo objeto de acción es la realidad que se quiere transformar, a través de acciones que tiendan a generar o reconstruir de forma reflexiva, lo que supone un proceso de construir socialmente el significado de las cosas. La *reflexión* será entonces una herramienta importante en la medida en que se reflexione sobre lo observado en la práctica y se profundice la identificación de los problemas con las teorías relativas a los mismos.

Establecer una *práctica reflexiva* implica analizarla como un medio útil para que los alumnos y docentes se enfrenten con lo único, lo imprevisto, lo incierto, los conflictos de valor y las condiciones indeterminadas de la práctica cotidiana para lo que no existen respuestas en los libros y se puedan crear los medios para estimular un ambiente que permita desarrollar la capacidad de observarse a sí mismos, emprender un diálogo crítico con todo lo que piensan y hacen, es decir, reflexionen en la acción a medida que la desarrollen.⁴⁰

C.1.5. La relación universidad-servicios

También se presentaron preocupaciones en ambos debates en torno de la tensión constante entre la preeminencia de un modelo formativo centrado en la universidad y otro con eje en los servicios de salud (públicos y privados), lo que a su vez pone en juego lógicas estatales y empresariales que se manifiestan en

38. Campus Virtual de Salud Pública de OPS. Disponible en: www.campusvirtualsp.org.

39. Elliot J. El cambio educativo desde la investigación-acción. Madrid: Morata. 1996.

40. Brockbank A, McGill I. Aprendizaje reflexivo. Madrid: Morata. 2002.

la fluctuación de las diversas orientaciones y procesos de formación de las especialidades.

Se ha mencionado la existencia de ámbitos, comisiones y subcomisiones conformadas por profesionales de los ministerios de salud y educación que con diferentes grados de desarrollo coordinan y gestionan los programas y las actividades en forma conjuntas. Es poco claro en algunos países la participación y el rol de la universidad en las residencias.

En muchos casos, se limitan a otorgar “un aval” o reconocimiento y a ofrecer una titulación. El acompañamiento esperado por parte de las facultades y escuelas de medicina difiere en los hechos, registrándose una significativa ausencia, tanto en la formulación de los programas como en el proceso de desarrollo curricular. Algunos países, como Argentina, expresaron claramente que algunas residencias poseen *aval universitario* con acuerdos diversos para:

- elaboración y gestión del examen de ingreso;
- evaluaciones de proceso no sistemáticas;
- aprobación del programa de formación;
- participación de instructores universitarios, y
- cursos de formación de formadores.

Las universidades pueden y deben acompañar estos procesos de enseñanza, especialmente aquellos que tienen que ver con el componente de desarrollo teórico y con la investigación.

Esta no es una tarea sencilla, demanda un alto compromiso por ambas partes y acuerdos sustantivos acerca de los roles de cada uno y su complementariedad. Implica también reorganizar y flexibilizar tanto las estructuras académicas como la de los servicios de salud y un compromiso de las autoridades de ambas instituciones para delimitar tanto la gestión como los recursos disponibles para realizar un trabajo de calidad.

Los modelos de la educación médica de grado están vinculados e influyen fuertemente en los procesos de formación de las residencias, sin que se haya logrado todavía considerar la propia complejidad y singularidad del proceso de formación de las especialidades, sus particularidades y el impacto de sus actividades en el desarrollo personal y de los recursos humanos en salud. En ese sentido, una nueva práctica de gestión de la educación de los especialistas debería contemplar también espacios de articulación y debate con las facultades de medicina y sus programas de pregrado, que sin dudas reforzaría la calidad de los programas académicos de ambos niveles.

C.2. Las unidades coordinadoras del proceso educativo

Casi todos los países tienen unidades de formación encargadas de coordinar los planes y actividades de las residencias, estén o no formalizadas y reglamentadas sus funciones.



No basta con tener un coordinador general de las residencias y jefes de docencia hospitalaria. Es importante tener unidades con grupos de docentes y tutores con conocimiento de su función y con capacidad de planificar de manera conjunta las actividades y discutir la direccionalidad de los programas educativos, así como todas las implicaciones de su desarrollo curricular dentro de las instancias de servicio.

En muchos países, las funciones de las unidades académicas están reglamentadas y muchos ministerios han realizado esfuerzos para jerarquizar su función, reconociendo la complejidad y responsabilidad de la tarea de coordinación de los programas de residencias en todas las dimensiones administrativas y de planificación educativa. Entre algunas de sus funciones están las de:

- programar y coordinar las ofertas educativas de residencias en el hospital;
- discutir y aprobar cada uno de los programas de residencia;
- llevar un registro organizado de cada programa de residencia médica, incluyendo el récord académico de los residentes y de las actividades de los profesores;
- acordar con el director y el Ministerio de Salud el número de cupos de residencias;
- participar en la selección de los residentes para cada programa;
- velar por el funcionamiento académico de cada residencia y por el bienestar de los residentes en su espacio de estudio-trabajo;
- avalar la selección de los coordinadores y del cuerpo profesoral de cada residencia;
- conocer los informes referentes a la promoción de nivel y solicitud de certificación de los residentes que hayan aprobado el programa académico correspondiente;
- designar los asesores de tesis y supervisar su desempeño;
- mantener una permanente comunicación con las autoridades de los hospitales y con los representantes de las instituciones del sector salud en que se realizarán las rotaciones, a fin de garantizar las condiciones más apropiadas para el cumplimiento de los objetivos educacionales consignados en cada programa, y
- supervisar y evaluar las residencias.

Es necesario considerar el trabajo de estas Unidades por parte de las estructuras de gestión de los recursos humanos de los ministerios, a fin de jerarquizar su tarea y de organizar procesos conjuntos que apoyen y fortalezcan su función. La relación e intercambio de experiencias entre las unidades de formación de los distintos centros donde se ofrecen programas de residencias ofrecerá oportunidades valiosas para su crecimiento y complementariedad.

C.3. El papel de los docentes/tutores

Todas las propuestas de cambios, transformación y mejora de los procesos de formación de especialistas requieren, sin lugar a dudas, del fortalecimiento de uno de los interlocutores claves para su desarrollo: el docente/tutor. Los participantes de ambos foros han considerado que los cambios en las residencias deben incluir acciones que potencien las capacidades docentes y sus habilidades tutoriales para acompañar una nueva manera de entender el aprendizaje y generar prácticas reflexivas en los temas relevantes alrededor de procesos y dinámicas de investigación.

Se plantearon concretamente dos necesidades básicas para generar un incremento en la calidad de los procesos educativos en las residencias: **la formación de los formadores y el reconocimiento de las tareas y funciones del docente/tutor a través de mecanismos de incentivos dentro de la carrera administrativa y/o sanitaria.**

La práctica de cualquier servicio de salud es compleja —particularmente la de los hospitales— y la práctica de enseñanza la complejiza aun más. La relación entre las funciones de atención a los pacientes, el nivel de exigencia que ello implica y la preparación y desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje adecuado demandan de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades científicas, pedagógicas, humanistas y éticas para poder realizar ambas tareas de manera armoniosa y equilibrada.

En general, la mayoría de las actividades de docencia tienen el carácter de *voluntarias* y frecuentemente los docentes/tutores están adscriptos al hospital sede con un esquema de *docencia en servicio*; la mayoría de las veces sin los incentivos que amerita la función docente. También hay otros docentes/tutores que realizan sus actividades mediante contratos temporales.

No es de extrañar que la negativa de participar en procesos de mejora educativa esté asociada en gran parte a la desvalorización, por parte del propio sistema de salud, de la tarea docente que realizan y a la poca motivación existente en el ambiente educativo de las instituciones de servicio.

Las funciones de un docente/tutor constituyen un compromiso con todas aquellas tareas especialmente encaminadas a lograr la integración del especialista en formación en el seno de la organización sanitaria y a conseguir dotar al residente de los conocimientos, técnicas, habilidades y aptitudes propios de la correspondiente especialidad, pero también el desarrollo de sus propias competencias para las tareas mencionadas.⁴¹

Muchas veces el docente es una persona que sabe mucho sobre la especialidad y además tiene vocación docente. Sin embargo, no posee las competencias técnicas necesarias sobre los métodos de enseñanza-aprendizaje más novedosos y adecuados para estimular el aprendizaje de los residentes.

41. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sistema de Autorización de Tutores de los Especialistas sanitarios en formación del sistema sanitario público de Andalucía. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Instrucción N° 1/2005. Año 2005.



Un buen docente/tutor es “aquella persona que incluye apoyos y soportes de carácter diverso; que va cambiando a lo largo del proceso de enseñanza y aprendizaje pero que no lo hace al azar sino a partir de —y en función de— los cambios en la propia actividad mental constructiva desarrollada por el alumno; que “reta” al aprendiz a revisar y profundizar tanto el significado como el sentido que atribuye al nuevo contenido a aprender; que le ofrece instrumentos y “prótesis” para que pueda afrontar y superar esos retos, y que se interesa por promover de manera cada vez mayor la capacidad del alumno para utilizar estratégicamente el conocimiento que va aprendiendo y para seguir aprendiendo de manera cada vez más autónoma y autorregulada”.⁴²

Algunos especialistas como Perry y Edwards señalan y reconocen tres competencias centrales⁴³ de los docentes o tutores efectivos o ejemplares:

- educadores como desafiadores (*challengers*), expresando las más altas expectativas en el rendimiento de los alumnos y demandando altos estándares en sus trabajos (¡Siempre puedes y puedes aún más!);
- educadores como afirmadores positivos (*affirmers*), alentando cada actividad y mostrando a los estudiantes cada uno de sus avances y reconociendo su propio potencial (lo que lleva a que cada uno se sienta valorado), y
- educadores como influyentes (*influencers*), lo que expresa una presencia fuerte y como experto en lo que enseña, contribuyendo al propio éxito de los alumnos en sus cursos.

El aprendizaje de los docentes/tutores sobre estrategias educativas centradas en el aprendizaje, en el aprendizaje basado en problemas, en la pedagogía problematizadora y orientado a la comunidad, es parte del desarrollo de los programas que desde la gestión de las unidades de formación y de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud se deben impulsar para mejorar los procesos de formación de los especialistas. **Estos procesos de formación de los docentes/tutores podrían formularse a través de diversas modalidades de educación permanente, seminarios, jornadas de trabajo, de manera presencial o virtual** y con el acompañamiento de expertos en las ciencias de la educación.

Otro punto importante mencionado en ambos debates, ha sido la persistencia de relaciones jerárquicas tradicionales, y en ciertas ocasiones autoritarias, por parte de los docentes/tutores. Estos modelos no solamente impiden el desarrollo de una experiencia abierta, donde las ideas se discutan tranquilamente, donde las diferencias de opiniones puedan respetarse y donde el diálogo y la pregunta sean parte de las herramientas metodológicas claves para generar el aprendizaje de los residentes.

42. Onrubia, J. Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Barcelona. Revista de Educación a Distancia (RED). Disponible en: <http://www.um.es/ead/red/M2/>.

43. Perry, B. & Edwards, M. “Exemplary Online Educators: Creating a Community of Inquiry”. Centre for Nursing and Health Studies, Athabasca University, Canadá, 2004.



En el foro virtual se llegó a plantear que “si el ambiente de aprendizaje en la residencia sigue basado en un régimen verticalista y agresivo, donde la exigencia está de la mano de la humillación muchas veces, esto desvaloriza el aprendizaje y peor aún, la seguridad de los pacientes”.

En ambos debates se presentaron preocupaciones acerca de las presiones que reciben los residentes y de la actitud defensiva por parte de muchos docentes, estableciéndose un modelo de relación que en la práctica también puede repercutir en la relación de los residentes con las personas que acuden a los servicios.

Indudablemente, estas situaciones requieren una revisión de los procesos de enseñanza y las normas que rigen el comportamiento de docentes y residentes, considerando que la relación de respeto mutuo entre ambos constituye el eje fundamental sobre el que gira todo el proceso formativo. El docente/tutor debe contribuir a la preparación de un futuro médico que sea capaz de dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana y más integral.⁴⁴

Finalmente, en este aspecto del rol docente también resultó importante la mención de que existe una carencia de tutores para la formación de médicos familiares, siendo trasladada esta función a profesionales de otras especialidades. En este sentido, el docente/tutor de medicina familiar requiere un lugar claro dentro de la organización asistencial y modalidades precisas de actividades en las unidades de formación. Definir su perfil y concretar condiciones para el desarrollo adecuado de sus tareas y actividades docentes-asistenciales resulta fundamental para garantizar la expansión y calidad en la formación de la medicina familiar.

Varios ejemplos surgieron en la discusión. En Cuba las actividades están a cargo de un docente/tutor principal que es un docente de la especialidad, responsable máximo de la formación integral del especialista. Para el *trabajo de terminación* existe otro docente/tutor de la especialidad o investigador que, con experiencia en ese campo del conocimiento, orienta y controla el desarrollo del trabajo final.

En España, el docente/tutor es un especialista en servicio, activo, acreditado con funciones de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación. El criterio es de un docente/tutor por cada cinco residentes como máximo y posee reconocimiento económico, tiempo de dedicación reconocido en la carrera profesional y depende de la comisión local de docencia.

En Brasil, el rol de los tutores es fundamental en el proceso de enseñanza y aprendizaje para supervisar los contenidos, identificar las expectativas y acompañar a los residentes, evaluar los procesos, sus conocimientos y promover el trabajo colaborativo. La noción de un tutor en servicio fuerte, comprometido y reconocido en el cumplimiento de sus tareas, es indiscutiblemente necesaria en los diferentes escenarios de prácticas para recuperar la dimensión cuidadora de la formación en salud.⁴⁵

44. Pérez-Hervada Payá A. El Tutor de Medicina Familiar. Perfil del Tutor. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion6/perfil.pdf>.

45. SUS. Op. Cit. 2009.



Además de reconocidas competencias profesionales y de capacidad de ayudar a “aprender a aprender”, estimula el desarrollo personal del residente. Se espera que actúe como consejero, guía y modelo. Cinco atributos son considerados importantes para el buen desempeño: el ejercicio de sus tareas como preceptor/tutor de manera responsable, comprometida, accesible, incentivador y flexible entre otros atributos; ética y humanismo, democrático, cordial y justo; dominio de contenidos técnicos, experiencia clínica y vivencia práctica; capacidad de educación permanente, interesado y gustoso por estudiar e aprender; y capacidad didáctica en la comunicación y claridad en la transmisión de conocimientos. Otros atributos destacados son responsabilidad profesional, compromiso, disponibilidad, confidencialidad, entusiasmo, puntualidad y participante activo de otras inquietudes.⁴⁶

C.4. Las condiciones básicas para el aprendizaje de los residentes

En este aspecto se describieron las condiciones inadecuadas para la formación de los residentes, expresadas en la sobrecarga de trabajo diario; cantidad excesiva de guardias; condiciones poco dignas para su descanso y aseo; alimentación inadecuada y el desempeño de tareas auxiliares y logísticas ajenas a sus funciones; restricciones por motivos de maternidad o enfermedad y la carencia de vacaciones. Estos factores van en detrimento de las actividades y de la responsabilidad en sus tareas desviando el sentido fundamental de la residencia, que es el proceso de aprendizaje.

En gran parte esta situación se debe a la dualidad que enfrentan los residentes que son considerados, en la mayoría de los países, trabajadores de un servicio y simultáneamente, estudiantes (becarios) de un programa de residencia. Esta es una tensión que siempre ha estado presente en las residencias y existen muchos intentos infructuosos para esclarecer las funciones. En algunos países, se ha tomado la decisión de considerarlos becarios; en otros son trabajadores de la salud con responsabilidades determinadas por reglamentos.

Las condiciones de trabajo descritas conllevan al residente a vivir en un permanente stress y desgaste personal. Para la prevención del desgaste profesional en los residentes se considera conveniente, mejorar las condiciones objetivas de trabajo para incrementar tanto la calidad asistencial como la satisfacción del usuario y del profesional, contar con una supervisión efectiva del cumplimiento de las actividades y acuerdos de trabajo, así como con la no continuidad de las actividades después de las guardias.⁴⁷

46. Simões J.C. Manual do Médico Residente. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Curitiba. Brasil. 2009. Disponible en: http://www.crmpr.org.br/publicacoes/manual_residente/manual_residente.pdf.

47. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. El estrés del médico residente en Urgencias. Editorial. Revista Emergencias; junio 2007. Vol. 19, Nº 3. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol19_3/1.pdf.

C.5. Recursos tecnológicos para la formación profesional

Todos los participantes del taller presencial mencionaron que en sus países, los ámbitos universitarios y los servicios de salud proporcionan acceso a la formación y a la capacitación mediante diferentes medios de comunicación y, nuevas tecnologías que incluyen Internet, videoconferencia, telemedicina y cursos en línea.

La brecha tecnológica entre los países está vinculada con la disponibilidad de recursos, organización del proceso de trabajo y formación, combinado con condiciones de aislamiento geográfico.

Se producen situaciones diversas en las residencias tanto para los profesionales en formación como para los docentes o tutores en el uso de recursos tecnológicos para el aprendizaje. Esto depende de la dotación de recursos de un determinado hospital, la existencia de problemas en funcionamientos inestables o erráticos de la conexión a Internet y de su mantenimiento.

En un mismo país, existe una disponibilidad desigual en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC): algunas residencias tienen disponibilidad y desarrollo y en otras no, lo que genera desaliento y desconcierto entre los distintos grupos de residentes.

Para el acceso a la información en Cuba se cuenta con una red organizada de información médica (INFOMED) la cual está al alcance de los profesionales, trabajadores, residentes y profesores en laboratorios en los hospitales, policlínicos y facultades con el uso de nuevas tecnologías.

Los participantes consideran que es fundamental evaluar e intercambiar experiencias respecto de las tecnologías de información y comunicación aplicadas a la formación en salud que permitan definir modelos adaptados a cada contexto local y en particular comprender los condicionantes que intervienen en la implantación y consolidación institucional de los sistemas.

También se demanda que exista un compromiso a largo plazo del sector público basado en estrategias claras y la consideración de las ventajas que ofrecen para la formación calificada de los Recursos Humanos en salud.

Se consideró fundamental el apoyo, estímulo y los aportes estratégicos de OPS para el desarrollo y la aplicación de las TIC en la formación de los recursos humanos en salud y de manera especial en la formación de los formadores de especialistas.

C.6. Los nuevos perfiles de formación: la salud familiar y la APS

La modalidad de aprender haciendo a través de las “residencias médicas” existe desde fines del siglo XIX, concebidas inicialmente como un sistema formativo en el que el aprendizaje se daba a través de la práctica, con responsabilidades crecientes bajo supervisión permanente.



El espacio de “formación” de un médico en estos niveles de postgrado es sumamente importante, en tanto estará adquiriendo al mismo tiempo un “hábito mental” acerca de la modalidad de trabajo. En palabras de Bourdieu, como “fuerza formadora de hábitos”, la escuela (en este caso el hospital escuela), provee a los que han estado sometidos directa e indirectamente a su influencia, de esquemas de pensamiento particulares susceptibles de ser aplicados en campos diferentes de pensamiento y acción, a la cual llama *habitus* culto.⁴⁸

La residencia ha sido considerada como un espacio de formación con una modalidad de estudio-trabajo, desarrollada en los hospitales y cuyos objetivos han estado encaminados hacia la formación científica, técnica y social de los futuros especialistas en salud.

De acuerdo con las recomendaciones de la WONCA-Iberoamericana-CIMF, se necesita comprometer a las instituciones formadoras, gestores y sociedades científicas en la formación y calificación del médico de familia mediante la implementación, elaboración y monitoreo de las políticas, jerarquizando a los profesionales y las residencias como procesos que aseguren la calidad de los cuidados de las personas y de las comunidades.⁴⁹

Los debates en ambos foros de trabajo giraron alrededor de la **necesidad de superar un modelo de formación en salud planteado desde un paradigma basado en un modelo organicista, tecnocrático, centrado en la acumulación de contenidos, organizado de manera compartimentada y fragmentada, con una dicotomía entre teoría y práctica y un abordaje vertical para la transmisión de conocimientos**. Su revisión implica no sólo la valoración de estas relaciones y de las prácticas de la enseñanza, sino la reconsideración de los nuevos perfiles que los sistemas de salud estarían necesitando mayoritariamente hoy día.

Entendemos como “*perfil de formación*” aquella orientación general y específica que se desea generar en los alumnos residentes; los valores, principios y competencias que deberían desarrollar a lo largo de su aprendizaje y carrera profesional; la visión acerca de los problemas de salud-enfermedad en los contextos nacionales e internacionales, así como orientaciones posibles sobre los espacios ocupacionales a los que podrían tener acceso una vez concluido su etapa de formación.

Tanto las propuestas de perfiles como de los programas de formación constituyen propuestas político-educativas⁵⁰ pensadas e impulsadas desde grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, aunque algunos tiendan a ser dominantes o hegemónicos y otros tiendan a oponerse o resistirse.

El desarrollo, en algunos países, de enfoques integradores de las variables políticas, sociales, económicas y laborales está permitiendo procesos que favore-

48. Bourdieu P. Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989, P.25.

49. WONCA-Iberoamericana-CIMF. Carta de Fortaleza. III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Fortaleza, Brasil. Abril de 2008. Disponible en: http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/Carta_de_Fortaleza_Espa%C3%B1ol.pdf.

50. Alba, A. Curriculum: Crisis, mito y perspectiva. México, UNAM. 1995.

cen la adecuación de nuevos perfiles profesionales con las necesidades sanitarias en los diferentes contextos locales y nacionales.

Un ejemplo a destacar es la *Residencia en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el Sistema Nacional de Residencia Médica de Bolivia*, que busca mediante su desarrollo, satisfacer las necesidades del país con un perfil de residentes dispuestos al trabajo rural y el compromiso social con la población para desempeñarse en el marco de la actual política de salud.⁵¹

La Región de las Américas es marcadamente pluricultural y multilingüe, por lo que las intervenciones en el campo de los recursos humanos requieren abordar y enfrentar en cada país los desafíos de los diferentes enfoques que valoran la diversidad sociocultural como riqueza para construir una estrategia de aprendizaje de las especialidades a través de las residencias de salud.

Las diferentes poblaciones también pueden jugar un rol de participación incorporándose al diálogo de saberes y en el reconocimiento de la diversidad de valores y modos de aprendizaje como elementos centrales de las políticas, planes y programas. Esto también plantea la necesidad de establecer canales y medios de participación diferenciados en las instituciones que puedan permear la enseñanza de manera pertinente con la diversidad cultural.

La mayoría de los países participantes en la reunión de Paraguay admitieron estar trabajando en un cambio de direccionalidad en la planificación de las residencias médicas, dedicando especial interés a las residencias de Salud Familiar. Es el caso de países como Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica y República Dominicana. Cuba y Canadá han tenido tradición en la formación en Salud Familiar ya que sus sistemas de salud están organizados sobre la base de la salud de la familia.

En Brasil, por ejemplo, se creó el *Programa Nacional de Apoyo a Formación de Especialistas Médicos en Áreas Estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA)*, que tiene como objetivo favorecer la formación de especialistas en la modalidad residencia Médica en especialidades y regiones prioritarias, definidas de acuerdo con los administradores del Sistema Único de Salud (SUS) y a través de la concesión de becas para los residentes. Este programa ha dado apertura a nuevos programas en áreas y especialidades prioritarias con el apoyo de instituciones de excelencia y de relevancia en la aplicación de las políticas públicas. El país ha priorizado programas de formación como los de salud mental, cáncer, mujer y niño, emergencias, y atención del anciano. Las instituciones acreditadas para la formación reciben a su vez apoyo de otras instituciones con reconocida trayectoria para la implementación de las políticas del Ministerio de Salud.

Chile, por ejemplo, estableció en el 2008 el *Programa de Formación de Especialistas para Médicos de Atención Primaria de Salud Municipal*, de tres años de duración, con un programa de incentivos para la retención de dichos médicos a

51. Ministerio de Salud y Deportes. Términos de Referencia de la Residencia en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bolivia. Año 2011. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=ConvocatoriaMedica>.

nivel municipal. Además de los 85 cupos ofrecidos para este programa, también se abrió otro programa para 33 profesionales médicos de la Atención Primaria con una duración de seis años, en especialidades básicas (medicina interna, obstetricia, pediatría y psiquiatría).

A pesar de estos esfuerzos de oferta académica y de residencias que buscan ampliar la cobertura de los servicios de salud en zonas alejadas de las grandes capitales, todavía resulta poco atractiva para los residentes, por la baja remuneración que se brinda y la ausencia de incentivos financieros y científicos que hagan atractivos esos lugares de trabajo.

En el seminario virtual se discutió mucho sobre este tema, señalándose que existe una desarticulación entre los procesos de formación y la posibilidad de incorporación al mercado de trabajo para los egresados de las residencias en diferentes especialidades. La diversidad de situaciones de los egresados está vinculada frecuentemente con la trayectoria personal, características de la especialidad, así como con el status socioeconómico y contexto familiar, situaciones condicionantes de los logros académicos y laborales.

Aunque en teoría todos los documentos, manifestaciones y acuerdos suscritos regionalmente expresan la necesidad de orientar las políticas de recursos humanos en salud hacia un modelo de Atención Primaria, el debate virtual dio cuenta de la distancia existente entre las intenciones y los modelos actuales de residencias que muestran limitaciones en su planificación, gestión, campo laboral y del proceso de formación, que no permiten solucionar los déficit existente, especialmente en Salud Familiar.

Sin embargo, como síntesis de ambos encuentros, se puso de manifiesto que organizar o reorganizar la medicina familiar es potenciar la APS y superar la fragmentación de la atención y de las múltiples especializaciones y que habría que trabajar conjuntamente por una salud pública ajustada a las nuevas realidades sociales y económicas de los países y la Región.

Por otro lado, los cambios en la organización de los sistemas de salud y de las prácticas profesionales, inspiradas en el neoliberalismo del decenio de 1980 han provocado una evidente fragilidad para enfrentar colectivamente los problemas de salud. Esto ha significado la pérdida de centralidad de las prácticas clínicas frente a la incorporación de nuevas tecnologías de comunicación, diagnósticas y terapéuticas, generando una “cierta crisis” que demanda un análisis y discusión acerca del rol y la formación en Atención Primaria. En este contexto resulta compleja una reorientación de los contenidos que permitan enfatizar cambios que destaquen al sujeto y su condición de vida como centro de intervenciones humanizadas en el proceso asistencial. Las especialidades fundamentales que participan en la APS no pueden resumirse e identificarse como “una especialidad más”, sino que deberían contribuir a resolver los problemas existentes, generando en los jóvenes expectativas y deseos de participar y pertenecer a generaciones de profesionales con nuevos valores sociales.

En función de las transformaciones en las esferas de la vida económica, cultural, social y de salud, un desafío importante de las políticas públicas de formación

y tarea de los ministerios correspondientes, es revertir el desinterés de los postulantes a residencia como la medicina familiar, dotando a la APS de una tecnología aplicada a la especialidad y fundamentalmente elevando el prestigio profesional con el reconocimiento económico correspondiente.

Los países que han logrado un mejor y más consistente desarrollo de la formación en medicina familiar, muestran la continuidad de una política orientada hacia la APS gestionada por un sistema de salud sustentable y acompañado por un organizado proceso de capacitación permanente.

Estas situaciones condicionan la construcción de expectativas en estudiantes y residentes, tensionando las representaciones y expectativas ante las especialidades que favorecen el consumo de alta tecnología, el desarrollo de complejidades asociadas a tecnologías duras, en general vinculadas al desarrollo de la salud centrados en el hospital.

El desarrollo de las residencias en APS necesita de recursos, requiere inversiones y un marco que legitime sus valores, ventajas y trascendencia social frente a los postulantes a residencias cuando se ven sometidos a la tensión de tomar decisiones entre el desarrollo de una carrera profesional o un trabajo. Requiere además, amplios incentivos profesionales y una visión clara de acompañamiento de un proyecto político orientado hacia la construcción de un sistema de salud focalizado en la APS.

Por otra parte, los países precisan definir cuáles serán las residencias básicas que considerarán como parte de la Atención Primaria de Salud en su sistema de salud. Esta decisión forma parte de una política estratégica, que requiere de mecanismos de planificación claros, un financiamiento definido para tales fines y procesos de gestión que contemplen un sistema de retención e incentivos apropiados. Los nuevos perfiles y programas de formación acompañarían este tipo de definiciones.

Como parte de los nuevos perfiles, se requiere promover una formación basada en el cuidado, el bienestar y la calidad de vida de los individuos y las comunidades, lo que implica considerar todos y cada uno de los elementos que integran a la APS, de manera especial aquellos relacionados con los determinantes sociales y la promoción de la salud.

En otras palabras, podemos concluir que todos los programas de residencia deberían tener como objetivo formar al profesional en un abordaje bio-psico-social del proceso salud-enfermedad, integrando acciones de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y recuperación, no siendo patrimonio exclusivo de la formación en medicina familiar y APS.

C.7. Los escenarios de formación

Avanzar en la construcción de un sistema de salud basado en la APS y por ende, en la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos, tal como plantea la propuesta de OPS: *Redes Integradas de Servicios de*



salud (RISS),⁵² implica reconsiderar aspectos centrales como la fragmentación, la mercantilización y el hospital-centrismo existente en muchos países.⁵³

Desde el punto de vista de los recursos humanos, que son, en última instancia, los que hacen las instituciones de salud, la práctica de su formación debe realizarse en esta red de servicios. En este sentido, se requiere instalar condiciones educativas tanto en los hospitales como en los centros de salud de las distintas regiones de salud, de forma tal que se pueda cumplir con los atributos esenciales de la RISS, que son los siguientes:

- *población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;*
- *una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública;*
- *un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve de puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;*
- *prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios, y*
- *existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.*

Estos atributos, basados fundamentalmente en la APS, permiten avanzar sobre bases claras hacia la promoción y organización de espacios y escenarios diversificados para la formación, avanzar en nuevos modelos de enseñanza y aprendizaje compartidos entre distintos escenarios y pensar en esquemas de rotaciones formativas que fortalezcan la propia construcción y consolidación de las redes.

Ante los efectos generados por las políticas desarrolladas en las últimas décadas, la formación en APS necesita planificar y adoptar medidas a corto y medio plazo, tales como:

- creación de unidades de formación;
- acreditación de las unidades docentes;
- desarrollo de prácticas de las especialidades en diversos escenarios;

52. OPS/OMS. Op. Cit. 2010.

53. OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud basada en la Atención Primaria de Salud. 49.º Consejo Directivo y 61va. Sesión del Comité regional. Resolución CD49.R22. Washington, D.C. 2009.

- coordinación con especialidades en diferentes niveles, y
- evaluación de la evolución en cada contexto local y nacional.

Los médicos de familia y los profesionales de otras disciplinas que trabajan en Atención Primaria necesitan ser apoyados en los centros de salud y hospitales para su formación. Requieren estar dotados con mejores recursos, realizar prácticas interdisciplinarias, desarrollar competencias específicas, mantener actualizados sus conocimientos y adquirir habilidades que permitan elevar el nivel de resolutivez de sus intervenciones en el marco de un sistema organizado en redes.⁵⁴

El desarrollo de una masa crítica de residentes identificados y orientados por la APS, formados en un conjunto articulado de escenarios y con una visión integral de las prácticas y acciones en salud pública, ha resultado fundamental en varios países como en Cuba, Canadá y España debido tanto al reconocimiento de sus competencias profesionales como por el aporte de sus conocimientos, experiencias y capacidades para la gestión en salud, lo que los ha llevado a integrar ámbitos decisorios en programas y proyectos de APS de diferentes instituciones.

Conocer y actuar en diversos escenarios durante la formación permite mejorar las orientaciones y acciones estratégicas de un programa de formación y la adaptación del trabajo a las metas establecidas ya sea en un hospital, centro de salud, el domicilio de un paciente o una institución comunitaria.⁵⁵

Los diferentes escenarios ofrecen a los residentes la posibilidad de experimentar y comparar las distintas posiciones del trabajo en salud, sus dinámicas de aprendizaje, las maneras de actuar y organizar los conocimientos y herramientas desde diferentes roles así como comprender el compromiso y la responsabilidad del trabajo en equipo, y particularmente con los usuarios y pacientes.⁵⁶

54. Davini MC., Nervi L., y Roschke MA. La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS-OMS, Quito, Ecuador 2002. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3.

55. Ministerio de Salud de Brasil. Seminário de Salud internacional de Brasil. Os desafios do ensino da Atenção Básica. Graduação em Medicina. 18 a 21 de Julho de 2007- Brasília/DF.

56. SUS. Op. Cit. 2009.

IV. Conclusiones y recomendaciones

Las conclusiones y recomendaciones que aquí se presentan se extraen en gran parte de los datos de las encuestas de los países y de los debates realizados en la reunión de Paraguay y en el foro virtual. Las mismas han sido reinterpretadas por los autores en función del conjunto de toda la información y de la bibliografía de referencia utilizada.

1. Orientar las políticas de las residencias médicas para su contribución al desarrollo de la APS y las RISS

Las residencias médicas aparecen como el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de actores y hacedores de las políticas para los que se requieren nuevos perfiles de profesionales especialistas para la sociedad.

La posibilidad de concretar mayor equidad para la sociedad y el desarrollo de mejores sistemas de salud dependen de una educación profesional que pueda construir, a través de los nuevos perfiles de especialistas, una identidad motivadora sustentada en una combinación de competencias técnicas y de compromiso ético y responsabilidad social.

La información obtenida evidencia aspectos comunes en el manejo de las residencias médicas en la Región, aunque con expresiones particulares en los procesos de formulación de políticas y el establecimiento de procesos de planificación.

Un acuerdo sustantivo surgido de los debates es la necesidad de los países de **reorientar las políticas de recursos humanos en salud y las de residencias médicas en particular, ampliando la frontera de las especialidades básicas y priorizando las especialidades necesarias**. Estas nuevas orientaciones de políticas deben dar cuenta de los profundos cambios de salud en los contextos nacionales y locales tales como el aumento de las expectativas de vida, el envejecimiento de la población y por tanto de las patologías crónicas, la caída de las tasas de fertilidad, así como de la transformación del quehacer de los servicios de salud.

La propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS) busca contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS y es entendida como⁵⁷ “la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.

57. OPS/OMS. Op. Cit. 2010.



Impulsar el desarrollo y aplicación de nuevas políticas de formación de especialistas a través de las residencias, a la luz de los cambios de las redes integradas de servicios de salud, implica además reconsiderar los avances médicos y tecnológicos, los costos de atención, el déficit de especialistas calificado en zonas alejadas, la migración de los médicos especialistas, nuevos esquemas de incentivos para la retención de los mismos y la inadecuación de los perfiles profesionales y laborales.

Esto significa colocar a las residencias médicas en un sitio privilegiado dentro de las políticas de salud y determinar qué tipo de especialistas y de equipos de salud se requieren para acompañar la transformación de los sistemas de salud basados en la APS y las RISS. Cada país deberá hacer su propio análisis sobre las necesidades de aumentar las plazas de formación y empleo digno para los especialistas de disciplinas básicas y los desequilibrios de distribución de especialistas en las diferentes regiones.

De acuerdo al modelo de RISS existente en cada país, se deberá buscar un mejor balance entre especialistas y generalistas y pensar en alguna pirámide de formación y empleo que contribuya a mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicidad de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción en los servicios y responder mejor a las necesidades de salud y expectativas de las personas.



Dejar que el mercado defina la cantidad y calidad de los especialistas que se forman tiene consecuencias importantes para la solución de los problemas de salud de los más necesitados y para los costos de atención. En otras palabras, se requiere que el Estado retome su papel regulador y de reorientación de las políticas de formación y empleo de especialistas.

2. Establecer sistemas de planificación de las residencias médicas e invertir en salud familiar

La mayoría de los representantes de países participantes de las dos reuniones manifestaron la necesidad de aumentar el número de plazas de formación y empleo en medicina familiar y de seguir promoviendo el fortalecimiento de la APS fundamentalmente en los programas de formación de médicos de pregrado y en las especialidades básicas.

También consideraron que se debe reforzar el modelo de atención basado en la APS para atender problemas de salud pública, avanzando en la organización de redes integradas de servicios y en la dotación de especialistas de medicina fami-

liar y de las disciplinas básicas, con contratos laborales adecuados en los distintos niveles de las redes; no sólo en los hospitalarios.

En el taller de Paraguay se sugirió como medida política, asignar plazas para la formación de especialistas en las provincias y algunos municipios a fin de atender las necesidades locales, garantizando al mismo tiempo el empleo de especialistas en lugares estratégicos con un tipo de contrato con retribución social e incentivos salariales que contribuyan a la permanencia de los mismos en dichos lugares. También en el foro virtual se recomendó establecer estrategias y mecanismos específicos para motivar la formación en medicina familiar y retener a sus egresados en zonas priorizadas, implementando sistemas de incentivos, pago diferenciado y turnos de trabajo, entre otros.

Estas decisiones implican establecer mecanismos sistemáticos y permanentes de planificación que permitan definir fundamentalmente cuántos especialistas se necesitan y dónde, en función de cuáles necesidades y demandas de salud y, en qué áreas y tipo de servicios de salud.

Dar prioridad a las residencias para la formación en medicina familiar y para las especialidades básicas orientadas a la APS y establecer un mayor número de plazas o cupos es apostar a invertir en la salud de la gente y en la construcción de los sistemas de salud basados en la APS y las RISS. Un importante desafío para esta década es elevar la inversión y el financiamiento para incrementar el número de plazas y reforzar la organización de las residencias orientadas a la APS, particularmente las de medicina familiar, así como impulsar su mayor protagonismo en la organización de las RISS.

Los sistemas de planificación deben contemplar y avanzar en el diseño de sistemas de información nacionales, sobre la base de estudios de necesidades de especialistas en el país, de mecanismos que permitan integrar información de diferentes fuentes y de coordinar con diferentes sectores formadores públicos y privados.

Mediante un buen sistema de planificación y gestión más dinámico, sustentado en un sistema de información consistente, actualizado y accesible, los países estarán en mejores condiciones para regular la formación de los especialistas, tomando decisiones adecuadas tanto para la programación de la formación como para el posterior empleo de los mismos en los lugares donde más se necesiten. Las decisiones sobre el número de plazas otorgadas por especialidad y su ubicación en determinados hospitales deberían romper con el clásico pensamiento de utilizar a los residentes como "*mano de obra barata*" para cubrir el trabajo de los hospitales. En este sentido, se requiere elaborar nuevas políticas que regulen el contrato de trabajo del residente, reconociendo y privilegiando el tiempo de estudio y práctica.

Las claras decisiones sobre el número de plazas otorgadas por especialidad y su ubicación permitirían cumplir en parte con uno de los desafíos del Llamado de Acción de Toronto del 2005, que insta a *colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr*

una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.

Compatibilizar la salud de la población con la atención de los servicios debería contemplar previamente el análisis y la identificación de las necesidades locales para caracterizar nuevas estrategias de organización y formación de los Recursos Humanos articulando al mismo tiempo varias especialidades para ampliar el potencial de intervención.⁵⁸

Sería conveniente además, comparar la cantidad de plazas anuales ofrecidas con la cantidad de egresados universitarios, los perfiles demográficos y los requerimientos del sistema de salud en cada uno de los países; esto permitiría dimensionar en cada país el peso de las residencias como herramienta para orientar el perfil de los profesionales que la salud de la población demanda.

En la política de recursos humanos se debe contemplar una combinación de intervenciones a corto, medio y largo plazo. Un buen sistema de salud depende en gran parte del incremento, la distribución, la composición y el desempeño de la fuerza laboral y esto exige por parte de la institución rectora de enfoques integrales y precisos de planificación y gestión.

3. Fortalecer la coordinación entre salud y educación para la gestión de las residencias médicas

La oferta de especialidades ya no es posible hacerla sin un vínculo y responsabilidad compartida con los sistemas de educación superior, por razones diversas que van desde la certificación del título de especialista hasta el acompañamiento académico de los procesos de enseñanza- aprendizaje y la investigación.

La creciente comercialización de la educación superior y la migración de los de los médicos^{59,60} ha llevado a organismos como la UNESCO y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OECD)⁶¹ a elaborar directrices en materia de calidad de la educación superior a través de las fronteras. Estas directrices tienen por objeto proponer instrumentos y una síntesis de las prácticas idóneas para evaluar la calidad y pertinencia de la educación superior transfronteriza y proteger a los futuros profesionales contra una educación superior de mala calidad.

La creciente necesidad de obtener reconocimiento nacional de diplomas extranjeros está planteando dificultades a los organismos nacionales de convalidación, ya que muchas veces la calidad de la educación superior y por tanto de los diplomas otorgados, no es comparable con la calidad que se ofrece en su país de

58. SUS. Op. Cit. 2009.

59. OPS/OMS-USAID. Estudio sobre migración de recursos humanos en salud de la subregión Andina. Perú, Representación de OPS/OMS. 2006.

60. Escuela Andaluza de Salud Pública/ OPS/OMS/ Ministerio de Salud Pública de la República Oriental de Uruguay. Serie Migraciones profesionales de la UE. Oportunidades para el desarrollo compartido. Granada: Entorno Gráfico Atarfe. 2010.

61. UNESCO. Directrices en materia de calidad de la educación superior a través de las fronteras. París, 2006.

origen. Los profesionales dependen de diplomas fiables y de buena calidad y es esencial que los usuarios confíen plenamente en las competencias de los profesionales calificados.

Por estas razones, es necesario apuntar a institucionalizar el sistema de residencias médicas de cada país y darle sustentabilidad al vínculo entre Educación y Salud, lo que requiere una centralidad compartida entre el ámbito de las universidades y de los servicios de salud con capacidad para sostener procesos educativos de calidad y luchar, como también sostiene la UNESCO,⁶² “contra las fábricas de diplomas mediante iniciativas multifacéticas en la esfera nacional e internacional”.

Se reconoce que el desarrollo exitoso de los recursos humanos para la salud requiere de procesos de planificación y formulación de políticas que resulten del esfuerzo multisectorial, entre Salud, Educación, Trabajo y Finanzas y de la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales.

Particularmente, crear mecanismos de cooperación y establecer alianzas entre los ministerios de salud y educación para fortalecer los programas educativos y la gestión eficaz de los procesos de trabajo en el marco de nuevas y sustentables orientaciones es un reto pendiente. La magnitud de los problemas y desafíos para direccionar los sistemas de formación de especialistas a los que se enfrentan los países de la Región exigen cambios radicales e intervenciones innovadoras.

Problemas relativos a la titulación y habilitación profesional de los especialistas, el significado del “aval” universitario y el acompañamiento de la universidad al proceso educativo, la orientación y definición de perfiles y competencias, la definición y actualización de programas de formación por competencias, la evaluación y acreditación de los programas de formación, la institucionalización y acreditación de los servicios como espacios de formación, así como, el acompañamiento de docentes calificados a los procesos de aprendizaje son algunos de los desafíos a enfrentar en el caso de las residencias médicas.

Resolver la titulación de los especialistas constituye un tema todavía no resuelto en muchos países; unas veces la ofrece el Colegio, otras las Sociedades especializadas o científicas, otras la universidad o los ministerios de salud.

Se precisa además, acordar con el sector educativo la definición de “médico especialista” y si las residencias forman parte de los postgrados que ofrecen las universidades; reglamentar los programas de especialidad, analizar las distintas especialidades y unificar las nomenclaturas y homologar los programas de una misma especialidad que tiene un mismo país en diferentes hospitales.

Acreditar centros de salud, además de los hospitales, como centros de formación de especialistas y de otro tipo de personal de salud y gestionar adecuadamente su desarrollo constituye una tarea que necesariamente debe encararse de manera conjunta con el Ministerio de Educación.

62. UNESCO. Conferencia mundial sobre educación superior- 2009: La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. París, 2009. Comunicado.

Estos desafíos demandan una acción de diálogo permanente con el Ministerio de Educación y con todos los actores que participan en las residencias, entre ellas, las sociedades especializadas o científicas, a fin de direccionar las políticas sobre la base de criterios y acuerdos compartidos y de normar y acompañar la evaluación de resultados de los procesos educacionales. De la misma manera que se busca la calidad educativa en el resto de los niveles académicos, se necesita incidir también en la calidad de las residencias, que en ambos foros se manifestó como una gran preocupación.

Otra situación a definir con mayor claridad en la mayoría de los países es la doble condición del residente como estudiante-trabajador. **Es necesario cambiar los paradigmas educativos que permitan a los residentes estudiar y trabajar en condiciones propicias para el aprendizaje, lo que significa particularmente adecuar los hospitales como espacios de formación y adecuar la gestión de las unidades docentes de los hospitales y otros centros de salud para garantizar el buen desempeño de los programas educativos.**

Algunos países están avanzando en la oferta de residencias *no médicas* y con características multidisciplinarias. La transversalidad en la educación ha sido históricamente trabajada por los ministerios de educación y la titulación de este tipo de programas también tiene una serie de especificidades que ameritan su discusión.

De igual manera, se ha hablado de la posibilidad de ofertar procesos educativos virtuales que complementen y contribuya a la profundización del aprendizaje de los residentes en la red de los servicios de salud. Estas ideas deben acordarse para establecer las normativas correspondientes con los ministerios de educación.

4. Orientar los programas de residencias por competencias y los ámbitos de aprendizaje en la lógica de las RISS

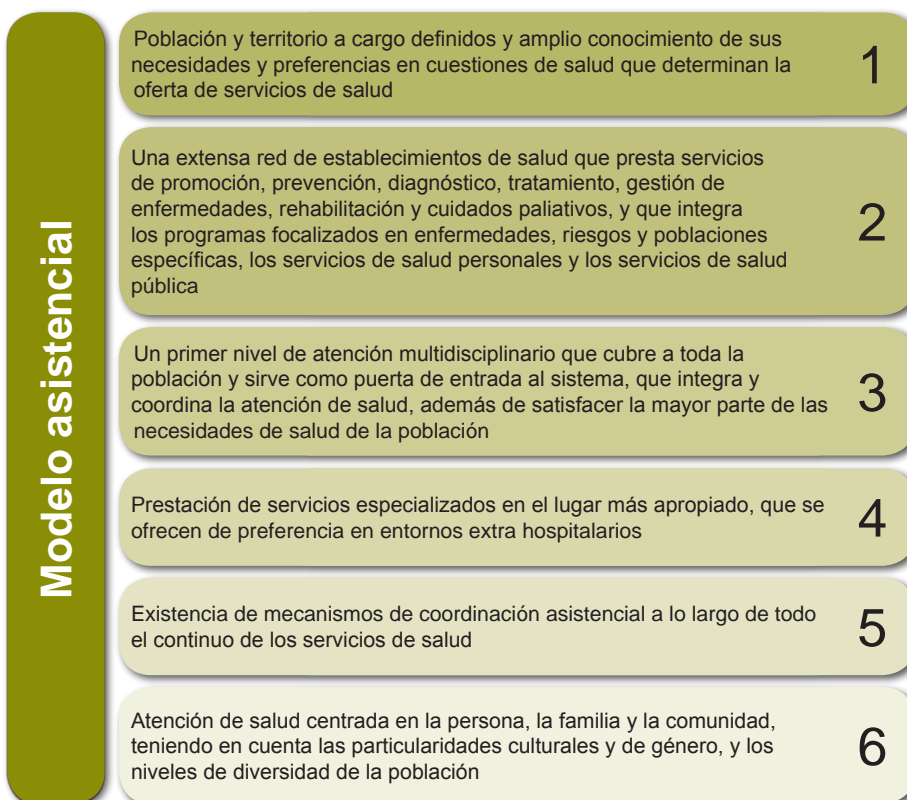
Ambos debates recomendaron incorporar contenidos de APS en los programas de formación de los especialistas. Estos contenidos no deberían ser sólo para los especialistas de Salud Familiar, sino que podrían considerarse para el resto de los programas de formación de otras especialistas, especialmente para aquellos considerados como básicos.

El enfoque de formación basado en competencias es un mecanismo que ofrece la posibilidad de lograr criterios comunes a nivel de cada país para definir los perfiles profesionales considerados adecuados para cada especialidad y configurar los nuevos programas de formación adecuados al proceso del trabajo en salud en la red integral de los servicios de salud.

Además de los valores, principios y elementos que integran a la APS, es imprescindible que los programas de formación de los especialistas converjan con los atributos esenciales de los nuevos modelos asistenciales planteados en la propuesta de las RISS y que se presentan a continuación:⁶³

63. OPS/OMS. Op.Cit. 2010.

Atributos esenciales de las RISS



Adecuar los programas de formación por competencias que incluyan estos atributos implica definir las competencias básicas y específicas que cada futuro especialista, de las distintas especialidades, requiere desarrollar para prestar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos.

El desarrollo de competencias adecuadas a estos atributos implica que los futuros especialistas sean capaces de integrar los conocimientos y destrezas fundamentales para atender a las personas, la familia y la comunidad en el marco de su disciplina, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y la diversidad de los niveles de diversidad de la población.

Competencias relacionadas con las buenas prácticas en cada una de las especialidades para responder a las necesidades físicas, sociales, mentales y de salud de las personas, basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad, tienen que ser incorporadas en los programas de estudio.

Identificar las necesidades de salud en su especialidad de manera permanente requiere de competencias básicas para conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en determinada población, los determinantes sociales, identificar las barreras de acceso, conocer la red funcional de los servicios de salud,

manejar el concepto de atención continuada e identificar y valorar las estrategias que permitan extender la protección social en salud.

Considerar competencias que permitan analizar los problemas de salud y trabajar con enfoques interdisciplinarios entre los diferentes campos del saber en salud seguramente repercutirá en la salud de las personas, la familia y las comunidades y contribuirá con el desarrollo de conocimientos en salud.

Como parte de las competencias también es imprescindible que se introduzcan competencias básicas para generar aptitudes de prestación de servicios especializados en lugares más apropiados de acuerdo a las necesidades de salud y en entornos extrahospitalarios.

Es por esta razón que los programas de formación deberían organizarse a partir de la propia red integrada de servicios de salud de cada país, donde se incluyen centros ambulatorios del primer nivel de atención, centros ambulatorios especializados, hospicios, centros de rehabilitación y centros hospitalarios.

Para avanzar en la calidad y adecuación de los servicios de salud para la formación de los especialistas con una orientación en APS y sobre la base de las RISS es imprescindible que:

- los servicios de salud cuenten con acreditación para la docencia;
- los servicios estén organizados de acuerdo a los lineamientos básicos de la APS renovada y las RISS;
- existan convenios con las universidades para acompañar los alumnos y garantizar que los mismos tengan buenas prácticas educativas;
- cada centro asegure la supervisión educativa de los alumnos que reciben y/o rotan por el centro y definan el número de alumnos que puede aceptar, y
- adecuar las estructuras materiales y académicas de los establecimientos de salud para organizar la enseñanza y el aprendizaje de la mejor manera posible.

La organización de los programas de formación de los especialistas a partir de la propia red integrada de servicios de salud podría hacerse a partir de rotaciones entre los diferentes servicios y de pasantías puntuales en alguno de ellos por un tiempo determinado.

5. Estructurar los programas de formación con la incorporación de las universidades

Entre los principales desafíos de cambio señalados por los participantes de los dos encuentros se manifiesta la necesidad de desarrollar modelos integradores de formación orientados a la resolución de problemas y orientados a la comunidad, centrados en el residente, y en el aprendizaje en diversos contextos y escenarios.

La estructuración de los programas se debe realizar a partir de la discusión entre los ministerios de salud y sus unidades de gestión de las residencias, las instancias de servicios encargadas del desarrollo de las residencias, las sociedades especializadas que forman parte de los acuerdos con los ministerios y las universidades.

La misión y responsabilidad de la universidad en la formación a este nivel de especialización debería estar más clara y reglamentada en los aspectos de: formulación de los programas de estudio, acompañamiento docente, apoyo pedagógico, apoyo al desarrollo de la investigación científica, evaluación de los procesos educativos y los programas, titulación de los especialistas, entre otros.

Una mayor intervención de la universidad en los programas de formación de las residencias repercutirá positivamente tanto en la formulación de los programas de estudio como en el desarrollo curricular, haciendo el proceso educativo más dinámico y reflexivo, ofreciendo a los docentes de los servicios estrategias y herramientas novedosas para la enseñanza y el aprendizaje.

Las universidades también podrían contribuir con el ofrecimiento de aspectos teóricos relacionados con cada especialidad ya sea de manera presencial o virtual y generar redes de intercambio de conocimiento de manera virtual que además de facilitar información novedosa a los residentes les permita intercambiar problemas y formar parte de investigaciones nacionales e internacionales multicéntricas.

Las universidades podrían formar parte de las unidades docentes asistenciales coordinadoras del proceso educativo en los distintos escenarios donde se ofrezcan residencias y ayudar en la compleja tarea del proceso educativo que requiere la formación de los especialistas.

Contar con la universidad como un socio activo en los programas de las residencias permitiría generar espacios de articulación y debates sustantivos en cuanto a los programas de formación del pregrado, especialmente en lo relativo al perfil de médicos que se pretende formar, las competencias generales y los contenidos fundamentales que muchas veces se entrecruzan con los programas de las especialidades.

6. Impulsar procesos de acreditación de los programas de formación de los especialistas

Los procesos de evaluación y acreditación de los programas de formación de especialistas y de las instituciones donde se forman son requisitos estratégicos para mejorar la calidad educativa y garantizar cambios hacia una formación profesional reconocida por sus competencias sociales, éticas y científicas.

Los procesos de evaluación y acreditación de los programas de formación en salud han iniciado en los países de América Latina fundamentalmente por los programas de formación de médicos, es decir, por el pregrado; pero en algunos países ya empiezan a organizarse acciones y propuestas para acreditar los pro-



gramas de las residencias médicas conjuntamente con las academias de medicina, las sociedades especializadas, los ministerios de salud y educación.

Las comisiones nacionales de residencias médicas de algunos países también acreditan tanto los programas como las sedes hospitalarias para poder llevar adelante los procesos educativos. No se dispone de información pública sobre los enfoques y mecanismos utilizados para realizar éstas acreditación.

El análisis sobre los procesos de acreditación de los programas de formación de médicos realizado por OPS/OMS⁶⁴ permite considerar algunos puntos que también podrían ser orientadores para la acreditación de las residencias. Estos procesos deberían estar asociados al concepto de la **salud como derecho** y la **educación de calidad** en la medida que responda a las necesidades sociales. Mejorar la calidad de la formación es un medio para asegurar la calidad de la atención en la salud. En particular, la APS como enfoque y estrategia para la organización de los sistemas de salud, debe considerarse como eje transversal en la formación de los residentes y su incorporación debe ser evaluada en los procesos de acreditación.

Es recomendable que los estándares que se establezcan para llevar adelante los procesos de evaluación y acreditación contemplen los atributos de los modelos de atención que cada país defina y se traduzcan en competencias básicas que los especialistas deben adquirir a lo largo de sus procesos de aprendizaje

En este tema de la acreditación todavía están por resolverse cuestiones de decisión política y de definición técnica tales como:

- la viabilidad de las políticas de evaluación y acreditación de los programas de formación de especialistas a través de las residencias;
- la relación de las políticas de acreditación de las residencias con las políticas de recursos humanos, la gestión de las residencias y la acreditación del pregrado;
- la definición de los mecanismos de evaluación y acreditación, las instancias acreditadas y los criterios e indicadores de medición de la calidad educativa, y
- las orientaciones de los distintos perfiles de especialidades, con la APS como eje transversal y las condiciones de las RISS para adecuarse a la enseñanza.

La escasa información sobre procesos de acreditación de las residencias médicas y especialmente el impacto que estos procesos podrían producir están señalando la necesidad de compartir este tipo de información y generar mecanismos de discusión permanente que contribuya a la mejora de la calidad de los especialistas formados a través de las residencias.

64. OPS/OMS. La acreditación de programas de formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Vol. Nº 3. Washington D.C. 2010.



Además de los procesos de acreditación, en materia de regulación todavía están pendiente, en la mayoría de los países, una serie de tareas tales como:

- la homologación de los planes de estudio de cada una de las especialidades;
- la regulación y acreditación de las instituciones educativas (incluyendo los hospitales, centros de salud y las propias universidades que acompañan en este tipo de postgrados);
- la certificación profesional de los especialistas;
- la certificación de los títulos y la habilitación de médicos formados en otros países, y
- la coherencia de las políticas, leyes y reglamentaciones entre ambos ministerios (salud y educación) en cuanto a la formación y habilitación profesional.



V. Lineamientos de trabajo

En ambos encuentros, los participantes hicieron una serie de recomendaciones a la OPS para apoyar a los países en sus programas de trabajo en el tema de las residencias médicas. En función de las líneas de trabajo del Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud se presentan algunas que se consideraron prioritarias y viables:

1. Las políticas formación y la planificación a largo plazo

En esta línea de trabajo se plantea colaborar con:

- la definición de las prioridades de formación mediante la asistencia técnica y la cooperación entre los países de la Región;
- mecanismos de planificación y estrategias de organización para proyectar necesidades de especialistas;
- información sobre bases de información desarrolladas en distintos países;
- la oferta de un curso virtual de planificación de recursos humanos en salud, y
- la revisión de los procesos de gestión de las residencias y de dimensiones que presentan mayores dificultades como las de género, maltrato, abuso y violencia.

2. Acreditación de los programas de las especialidades básicas

Se propone:

- generar intercambio de experiencias, estudios, investigaciones sobre la acreditación de especialistas a través de “comunidades de prácticas virtuales”;
- proponer debates entre los países que impulsen los mecanismos de evaluación y acreditación de los programas de formación de los especialistas, y
- compartir, a través del Observatorio de Recursos Humanos, metodologías de evaluación y acreditación de los programas de formación de los especialistas.



3. Definición de competencias transversales de APS para cada una de las especialidades básicas y de medicina familiar

Se plantea como posibilidad:

- generar grupos de trabajo para definir las competencias generales básicas sobre APS para cada una de las especialidades básicas y la medicina familiar;
- compartir propuestas novedosas de competencias generales básicas en APS de diversos países;
- compartir programas novedosos de formación de las especialidades básicas a través de la página del observatorio de Recursos Humanos de la OPS, y
- compartir proyectos y programas de formación en salud y medicina familiar.

4. Plan de formación de formadores

- Se propone el desarrollo de un curso virtual de formación de formadores para docentes de residencias médicas a través del Campus Virtual de Salud Pública.
- Compartir información sobre la formación y trabajo interdisciplinario en residencias.
- Compartir información sobre instrumentos de evaluación para diferentes escenarios de formación.

Apéndice A: Encuesta enviada a los países para la reunión de Paraguay

Sistema de residencias médicas Instrumento de relevamiento a nivel país

I. Datos generales

1. Número y tipo de especialidades médicas reconocidas en el país actualmente
2. Duración de cada especialidad (residencia)
3. Total de sedes hospitalarias con programas de residencias médicas de las instituciones de salud pública, privadas, universitarias y de la Seguridad social.
4. Número de plazas anuales que se ofrecen para el total de residencias.
5. Número de plazas ofrecidas para las especialidades de:
 - salud familiar;
 - clínica médica o medicina interna;
 - medicina general;
 - pediatría;
 - cirugía, y
 - ginecología.
6. ¿Cuál es el porcentaje de medicina familiar y medicina general respecto al resto de las residencias médicas?
7. ¿Existen otras residencias no médicas? ¿Cuáles?
8. ¿Cuál es el costo anual de las residencias en los diferentes sectores: público, privado, seguridad social?
9. ¿Qué porcentaje representa el costo de las residencias públicas del presupuesto total anual del Ministerio de Salud?

II. Sistema de planificación y gestión

10. ¿Cuál es la institución rectora de las residencias y cómo ejerce su función de rectoría?
11. ¿Existe alguna comisión nacional o ámbito permanente de orientación de políticas para la formación de especialistas (reorientar plazas, tipos de especialistas que se requieren, perfiles profesionales, lugares, etc.)?



12. ¿Existe un sistema nacional de información de las residencias médicas actualizado y dinámico que permita la toma de decisiones del tipo y número de residentes a formar?
13. ¿Existen leyes o normas nacionales que regulen la relación laboral de los médicos residentes en formación de las diferentes especialidades?
14. ¿Cuántas horas semanales tienen reglamentadas las residencias y cuál es la frecuencia de las guardias?
15. ¿Existen mecanismos jurídicos de asistencia y protección para garantizar los derechos profesionales, el desempeño de las funciones de los residentes y mecanismos de incentivos?
16. ¿Tienen los residentes cobertura de seguridad social: seguro de salud, sistema de pensiones, accidentes laborales?
17. ¿Cuáles son las condiciones laborales y ambientales en los que se desarrolla el proceso de trabajo y aprendizaje de los residentes?
18. ¿Cuál es el tipo de relación laboral del residente: modalidad de contratación del residente: puesto fijo, contrato temporal, pago por servicios, ad-honorem?
19. ¿Existe algún programa de prevención y notificación de enfermedades laborales: accidentes laborales, burn out, músculo-esqueléticos, etc.?
20. Describa brevemente la organización del trabajo de las residencias, la relación funcional de jefaturas (coincide o no que el jefe de servicios sea el jefe de residencias).

III. Regulación, normas y procedimientos

21. ¿Existe un reglamento de residencias que se aplica en todo el país?
22. ¿Existen Unidades docentes en cada hospital responsabilizado por la organización, gestión y formación de las residencias médicas? ¿Cuáles son esas funciones?
23. ¿Existen mecanismos de acreditación de los programas de formación y de las sedes donde se desarrollan las residencias? ¿Existe una institución especializada para hacerlo? Explique por favor.
24. ¿Cuál es el mecanismo existente en el país para la selección de los candidatos a las residencias? ¿Existe un examen nacional?
25. Tipo de certificación, titulación que se ofrece al terminar un programa de residencia.

IV. Formación

26. ¿Existe un programa de formación para cada residencia y es revisado y actualizado cada año?
27. ¿Los residentes de las distintas residencias rotan por distintos centros de salud además del hospital sede de la residencia? ¿En qué año lo hacen?
28. ¿Existen programas de formación de especialistas ofrecidos por las universidades?
29. ¿Cuál es el nivel de acompañamiento de las universidades a los programas de residencias en los servicios de salud? ¿Cuál es la misión de la universidad en relación a las residencias?
30. ¿Existen programas de capacitación y perfeccionamiento del personal docente de las residencias?
31. ¿Cuentan los hospitales o los programas de residencias con acceso a información actualizada para cada especialidad?

Apéndice B: Primer Taller Regional de Residencias Médicas

Asunción, Paraguay - 15 al 17 de septiembre de 2010

Apéndice B.1: Lista de Participantes

| Participante | País | Institución | Cargo |
|--|-------------|--|--|
| María Isabel Duré | Argentina | Ministerio de Salud de la Nación | Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional |
| Sigisfredo Luis Brenelli | Brasil | Ministerio de Salud | Coordinación de Áreas Estratégicas de Educación en Salud |
| Denise Mafrá Gonçalves | Brasil | OPS/OMS | Consultora Nacional en Educación Superior en Salud |
| Eliana Claudia de Otero Ribeiro | Brasil | Ministerio de Salud | Consultora Pro Residencia |
| Fidel Cajías Rojas | Bolivia | Ministerio de Salud y Deportes | Responsable nacional de Post Grado y Residencia Médica |
| Hilda Toro Madariaga | Chile | Ministerio de Salud | Asesora Dpto. Formación y Capacitación |
| Fernando Ruiz Gómez | Colombia | Comisión Aseguramiento Calidad Educación Superior | Comisionado delegado |
| Nuria Murillo de Umaña | Costa Rica | Caja Costarricense de Seguro Social | Asesora Dirección Ejecutiva y Jefe del área de Planificación del RR HH |
| Luisa María Díaz Cruz | Cuba | Area de Docencia e Investigación | Directora Nacional de Post Grado |
| Julio Oscar Robles Ticas | El Salvador | Ministerio de Salud Pública | Director Gral. de Hospitales Públicos |
| Pedro Sing | Dominicana | Ministerio de Salud | Director General Residencias Médicas |
| Aníbal Gomera Leger | Dominicana | Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología | Consultor Residencias Médicas |
| Carlos Vargas | Honduras | Universidad Nacional Autónoma de Honduras | Director de Docencia e Investigación- Coordinación Gral. Post Grado |
| Rafael Santana Mondragón | México | Secretaría de Salud de México | Director General de Calidad y Educación en Salud |
| Marcela Graciela González de Cossia | México | Secretaría de Salud de México | Directora Educación en Salud |
| José Marín Massolo | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Director DNERHS |
| Raúl Fernando Gulino | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Director General INS y Coordinador General de la CONAREM |
| Hugo Arza | Paraguay | Círculo Paraguayo de Médicos | Presidente |



| Participante | País | Institución | Cargo |
|---------------------------------------|-------------|---|--|
| Alexis Armele | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Director Docencia en Servicios de Salud-Secretario Ejecutivo CONAREM |
| Guadalupe Rolón | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Coordinación del CVSP Miembro CONAREM |
| Ana Bordón | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Directora Gral. Servicios de Salud |
| Andrés Szwako | Paraguay | Instituto de Previsión Social | Coordinación Residencia |
| Sinforiano Pereira Machuca | Paraguay | IPC | Maestría |
| Mafalda Palacios | Paraguay | Instituto de Previsión Social | Jefe de Unidad de Educación Médica |
| Diana Yuruhan | Paraguay | Instituto de Previsión Social | Coordinación Residencia Medicina Familiar - Miembro CONAREM |
| César Cabral Mereles | Paraguay | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social | Coordinador UNASUR - Ejercicio Prof. MERCOSUR |
| Lizardo Alfonso Huaman | Perú | Ministerio de Salud | Director Gestión de Capacidades RR HH |
| Javier Edwin del Campo | Perú | Ministerio de Salud | Planificación de RHUS |
| Daniel Bordes | Uruguay | Facultad de Medicina Universidad de la República | Prof. Adjunto Escuela de Graduados |
| Charles Godue | EUA | OPS/OMS | Coordinador Proyecto RR HH para la Salud |
| Rosa María Borrell | EUA | OPS/OMS | Consultora RR HH |
| Rodolfo Kaufmann | Argentina | OPS | Consultor |
| Carlos Rosales | Costa Rica | OPS/OMS | Asesor Regional RR HH |
| Antonio Sánchez | Paraguay | OPS/OMS | Consultor RR HH |
| Alberto Infante | España | Ministerio de Sanidad y Política Social | Dirección de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección. |
| Jose Antonio Prados Castillejo | España | Unidad de Gestión, Clínica Lucano, Córdoba, España. | Asesor Consejería Andaluza de Salud, España. |

Apéndice B.2: Programa

Reunión sobre residencias médicas

Asunción, Paraguay, 15 al 17 de septiembre de 2010

Introducción

Las residencias médicas, espacio principal de formación de los médicos especialistas, constituyen un tema crítico en el campo de los recursos humanos en salud hoy día, tanto por el lugar que ocupan los médicos en el equipo de salud de los países, como por la reorientación que requieren los mecanismos de planificación y regulación de la formación de los especialistas en salud para acompañar las nuevas políticas de salud orientadas hacia la renovación de la APS.

El Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud de OPS/OMS, tiene especial interés en el tema en vista de la demanda creciente de cooperación técnica por parte de algunos países en su esfuerzo de garantizar la salud de la población a través de equipos de salud equilibrados en su composición y de alta calidad.

La reunión sobre residencias médicas responde además a los desafíos del Llamado de Acción de Toronto del 2005 y a las Metas de Recursos Humanos 2007-2015, aprobada por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Las metas plantean aspectos específicos para alcanzar el desafío de “crear mecanismos de cooperación entre las distintas instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población”.

Los problemas de las residencias médicas se enfocan desde los ámbitos de la política y planificación de los recursos humanos en salud, desde la problemática de los mercados de trabajo, las necesidades de los hospitales, la gestión de los procesos formativos, la calidad de la formación en los espacios del servicio, así como los mecanismos de educación permanente tanto para los residentes en formación como para sus propios docentes.

La complejidad de las residencias médicas hace que el Proyecto de Recursos Humanos para la Salud genere un espacio de discusión entre los responsables de las residencias médicas de algunos de los países de la Región, a fin de analizar la situación por la que atraviesan las mismas y promover estrategias de reorientación de las políticas de formación de médicos especializados en el contexto de las políticas de salud y de recursos humanos.

El propósito de esta reunión es discutir las perspectivas de desarrollo de las residencias médicas en el marco de las orientaciones de políticas orientadas hacia el desarrollo de la APS, los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de salud pública.



Objetivos

1. Explorar los problemas y desafíos de las residencias médicas de algunos países de la Región como debate fundamental en el contexto de las políticas de salud;
2. discutir estrategias de cambio y las necesidades de renegociación con los actores y las fuerzas sociales fundamentales que intervienen en los distintos niveles;
3. examinar las necesidades de fortalecimiento en materia de políticas, planificación y gestión de las residencias médicas en el ámbito de las políticas de recursos humanos de salud, y
4. realizar recomendaciones para generar una agenda de cooperación técnica y posibles líneas de trabajo en red a desarrollar entre los países convocados.

Actividad preparatoria

Los países convocados están respondiendo a una encuesta con datos cuali- cuantitativos sobre las residencias médicas enviada previamente, la cual será procesada para fines del debate y con el objeto de obtener el mayor provecho de la reunión. Además los participantes realizarán una pequeña exposición acerca de la situación de las residencias en su país, la cual retomarán para la discusión en las mesas de trabajo. Ambos trabajos se tomarán en consideración, conjuntamente con las discusiones y acuerdos para una publicación futura.

Productos esperados

- Un consenso sobre los principales problemas comunes de las residencias médicas.
- Acuerdos de trabajo futuro sobre temas prioritarios identificados por los países convocados.
- Recomendaciones para una agenda de cooperación técnica.

Agenda de la reunión

| Día miércoles 15 de septiembre | |
|--------------------------------|---|
| 08:30 AM | Apertura de la reunión: Dra. Esperanza Martínez, Ministra de Salud de Paraguay, Dr. Rubén Figueroa, Representante de OPS/OMS en Paraguay y Dr. Charles Godue, Coordinador del Proyecto de Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, OPS/OMS. |
| 09:00 AM | Orientaciones sobre lo que se espera de la reunión y presentación de los participantes: Dres. Charles Godue y Rosa María Borrell |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 09:30 AM | Las preocupaciones sobre las residencias médicas desde el plano regional: Dra. Rosa María Borrell |
| 10:15 AM | Café |
| 10:45 AM | Lo que dicen las encuestas de países: Dr. Rodolfo Kaufmann |
| 11:45 AM | Discusión |
| 12:30 PM | Almuerzo |
| 02:00 PM | Primer panel: Desafíos y perspectivas de las residencias médicas en el marco de las políticas de salud: Brasil, Paraguay y Canadá. Coordinación: Dra. Esperanza Martínez, Ministra de Salud de Paraguay |
| 03:30 PM | Café |
| 04:00 PM | Trabajo de grupo |
| Día jueves 16 de septiembre | |
| 08:30 AM | Estrategias de reorientación de las residencias médicas en España. Dr. Alberto Infante. Presentación y discusión por Elluminate. Coordinación: Dr. Charles Godue |
| 10:00 AM | Café |
| 10:30 AM | Segundo panel: Los cambios necesarios para enfrentar los desafíos del sistema de salud: El rol de la planificación, la regulación y la gestión en las residencias médicas: avances y limitaciones: Chile, Costa Rica y México. Coordinación: Dr. Carlos Rosales |
| 12:30 PM | Almuerzo |
| 02:00 PM | Tercer panel: Los procesos de formación en las residencias médicas: Cuba, Argentina, Colombia y Perú. Coordinación: Dr. Raúl Gulino |
| 03:30 PM | Café |
| 04:00 PM | Trabajo de grupo |
| Día viernes 17 de septiembre | |
| 08:30 AM | El portafolio profesional en España: una nueva mirada de desarrollo. Dr. José Antonio Prado. Presentación y discusión por Elluminate. Coordinación: Dra. Rosa María Borrell y Dr. José Marín |
| 10:00 AM | Café |
| 10:15 AM | Plenaria sobre el trabajo de los grupos: Coordinación: Dra. Eliana Claudia Ribeiro |
| 11:15 AM | Construyendo una agenda común de trabajo. Coordinación: Dr. Antonio Sánchez |
| 12:30 PM | Almuerzo |
| 01:30 PM | Conclusiones y acuerdos del taller. Coordinación: Dres. Rodolfo Kaufmann y Rosa María Borrell |
| 03:00 PM | Cierre de la reunión |



Apéndice B.3:

Guía para la presentación de algunos países en la reunión presencial de Paraguay

Cada representante de país invitado a la reunión sobre residencias Médicas en el Paraguay deberá hacer una breve exposición de 20 minutos siguiendo las siguientes preguntas:

1. Breve descripción de las residencias médicas de su país.
2. Problemas principales de las residencias médicas. Las preocupaciones fundamentales del órgano rector de las residencias (Ministerio, Comisión Nacional de Residencias).
3. Relación del sistema de residencias con las políticas actuales de salud. Las especialidades de base que sustentan el sistema de salud. Los especialistas en las regiones de salud. La especialidad de medicina familiar vs. otras especialidades.
4. Relación entre Ministerio de Salud y Educación para la definición política y reglamentaria de las residencias médicas.

Apéndice C: Programa del Seminario Virtual sobre Residencias Médicas en el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP)

Programa

Seminario Virtual de Actualización de Recursos Humanos en Salud

*“Trabajo, formación profesional y nuevos valores sociales”
“Los sistemas de residencias médicas en países de América Latina”*

Introducción

Los procesos de reforma de la salud en el decenio de 1990 y la progresiva retirada del Estado de los procesos de regulación del mercado laboral limitaron la capacidad de orientar la formación profesional y particularmente una fuerza de trabajo en Atención Primaria consistente, congruente con las necesidades de salud y competente con los nuevos desafíos de calidad institucional y profesional.

El fuerte financiamiento hacia las nuevas tecnologías y biotecnologías, acompañadas por elevadas valorizaciones sociales y económicas de sus fines y resultados, han contribuido a direccionar las ofertas formativas y las decisiones de los egresados universitarios hacia especializaciones en salud que se muestran como más redituables por sus atractivas lucrativos.

La Residencia es el espacio cotidiano privilegiado para un trabajo en situación de aprendizaje, el del saber hacer allí, situado por sus condiciones, un lugar que construye subjetividad, modela el pensamiento y el comportamiento social del que aprende.

La OPS viene promoviendo en la Región de las Américas un fuerte movimiento destinado a generar políticas y mecanismos de planificación y gestión que garanticen la estabilidad y la formación adecuada de los profesionales de la salud. Se adopta un marco de orientación política a través del *Llamado de acción de Toronto*;⁶⁵ la celebración del Día Mundial de la Salud del 2006 dedicado especialmente a los trabajadores de la salud; y la promoción de las Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la salud para el período 2007-2015,⁶⁶ las cuales aprobadas por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y la 59.^a Sesión del Comité Regional del 2007.

65. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá, octubre de 2005.

66. OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.^a sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC. 2007.



Como parte de los desafíos y metas, la OPS viene trabajando en su posición respecto del médico que se debería formar en la Región⁶⁷ y ha encarado acciones para profundizar los temas de la calidad de la atención y la calidad de los programas de formación de médicos a través de la implementación de procesos de evaluación y acreditación.⁶⁸

Los cambios sociodemográficos y culturales que han experimentado las sociedades en las últimas décadas, los avances de la investigación biomédica y el desarrollo tecnológico plantean la necesidad de adecuar los modelos de atención asistenciales de salud, por lo que cada vez más se requiere conocer el número de profesionales que requieren formarse y su especialización para mejorar la calidad en las prácticas profesionales.

Tanto los ámbitos de salud y educación como las asociaciones de profesionales han venido planteando desde hace tiempos adecuar los criterios de formación con las necesidades sociales actuales y futuras de los ciudadanos como de los servicios de salud, existiendo hoy día un gran vacío en los aspectos de política, planificación, gestión y en la propia educación de la formación de los profesionales de la medicina a través de la modalidad de residencias médicas.

Es imprescindible comenzar a moverse desde un análisis y planificación centrada en el médico hacia un análisis y planificación centrada en los equipos de salud y la fuerza de trabajo como un todo. El clásico movimiento entendido como planificación de las residencias ha sido para enfrentar los cíclicos desequilibrios entre oferta y demanda de determinados médicos especialistas, sin que un proyecto de política de salud oriente y establezca las necesidades de los Recursos Humanos, considerando entre ellos a los especialistas que se requerirían.

Los cambios y modificaciones en los procesos de formación médica de posgrado solo podrán ser factibles mediante una estrecha coordinación entre los ámbitos académicos, los servicios de salud y otros actores involucrados como las Sociedades Científicas, Asociaciones Gremiales, docentes, residentes y la población, mediante el desarrollo de acuerdos sustentables e implicados en un proceso crucial para el futuro inmediato en la Región de las Américas.

La coordinación de la formación las residencias requiere definiciones con claros objetivos institucionales y una planificación de responsabilidades compartidas entre los ámbitos académicos y de salud para desarrollar futuros especialistas con mejores competencias para responder a las necesidades de salud de la población.

Actualmente, la calidad del desempeño se considera “contextual” y resulta fundamental en el desarrollo de competencias. En este proceso la acreditación y evaluación de las Residencia resulta fundamental para mejorar la formación y elevar la calidad educativa de los especialistas.

67. Borrell R, Godue C, García M. La formación de medicina orientada hacia la Atención primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS. Washington D.C. 2008.

68. Borrell R, Godue C, Caillón A. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS. Washington D.C. 2010.

Nuevos desafíos se presentan cuando intentamos conocer el impacto que genera la masiva feminización en el ámbito de la salud y la existencia de nuevas áreas de formación caracterizadas por abordajes interculturales.

Es un reto el conocer y dotar a los sistemas nacionales de salud con Recursos Humanos en número suficiente y capacitados adecuadamente especialmente cuando la APS exige un compromiso político profundo adecuando sus metodologías educativas, flexibilizando y articulando sus prácticas con la producción de evidencia científica y la difusión de nuevos conocimientos.

En este contexto, se requiere un proceso de análisis, generación de evidencias y planificación a mediano y largo plazo que permita a los países reorientar tanto la formación de las especialidades médicas que se necesitan como el empleo de los médicos especialistas en zonas donde las necesidades de salud así lo requieran. Las orientaciones hacia la Atención Primaria de la Salud, como política orientadora de los sistemas de salud encarada por la OPS, serán puntos privilegiado de orientación de los profesionales especializados a formar y de articulación entre los distintos niveles de formación.⁶⁹

Propósito y modalidad del seminario

El Seminario de Residencias Médicas se propone abrir un espacio de diálogo, intercambio y reflexión entre los participantes con el propósito de analizar los problemas generales de las residencias médicas e identificar caminos conjuntos para la superación de los mismos.

Se pretende generar un espacio que permita:

1. analizar y caracterizar las políticas, planes y ejes educativos que orientan actualmente las residencias y especialidades en los países de la Región;
2. considerar los procesos de gestión, prácticas de trabajo, normativas de formación y los programas curriculares de las residencias, e
3. identificar problemas comunes para promover y construir respuestas articuladas que puedan ser desarrolladas por los países y compartidas en la Región.

Temas para la reflexiones de los participantes

1. ¿Como movilizar y fortalecer alianzas estrategias que favorezcan políticas de coordinación entre el Estado y los actores relevantes que intervienen en la formación de los especialistas a través de las residencias?

69. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C., EUA: OPS, 2007. Disponible en: http://www.cisas.org.ni/files/APS_spa.pdf.



2. ¿Es posible no reducir el aprendizaje a un simple modo de control técnico, estandarizado en salud que no reconozca la variabilidad de las personas y grupos sociales en los contextos actuales?
3. ¿Cuáles son las orientaciones principales para desarrollar y posicionar a la medicina familiar como eje privilegiado del proceso formativo en las residencias médicas?

Apéndice D: Listado por países de especialidades médicas reconocidas

| Argentina: especialidades médicas reconocidas | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alergia e inmunología • Anatomía patológica • Anestesiología • Angiología general y hemodinámica • Cardiología • Cardiólogo infantil • Cirugía cardiovascular • Cirugía de cabeza y cuello • Cirugía de torax (cirugía torácica) • Cirugía general • Cirugía infantil (cirugía pediátrica) • Cirugía plástica y reparadora • Cirugía vascular periférica • Clínica médica • Coloproctología • Dermatología • Diagnóstico por imágenes • Endocrinología • Endocrinología infantil • Farmacología clínica • Fisiatría (medicina física y rehabilitación) • Gastroenterología • Gastroenterología infantil • Genética médica • Geriatría • Ginecología • Hematología • Hematología infantil • Hemoterapia e inmunohematología • Infectología • Infectología infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina del deporte • Medicina del trabajo • Medicina general y/o medicina de familia • Medicina legal • Medicina nuclear • Nefrología • Nefrología infantil • Neonatología • Neumonología • Neumonología infantil • Neurocirugía • Neurología • Neurología infantil • Nutrición • Obstetricia • Oftalmología • Oncología • Oncología infantil • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Pediatría • Psiquiatría • Psiquiatría infanto juvenil • Radioterapia o terapia radiante • Reumatología • Reumatología infantil • Terapia intensiva • Terapeuta intensivo infantil • Tocoginecología • Toxicología • Urología |

Bolivia: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesiología • Cardiología • Cirugía gastroenterológica • Cirugía general • Cirugía maxilofacial • Cirugía pediátrica • Cirugía vascular y angiología • Coloproctología • Dermatología • Emergenciología • Gastroenterología clínica • Ginecología y obstetricia • Hematología y hemoterapia • Medicina crítica y terapia intensiva • Medicina del trabajo • Medicina familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina física y rehabilitación • Medicina interna • Nefrología • Neonatología • Neumología • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Oncología ginecológica • Otorrinolaringología • Pediatría • Psiquiatría • Radiología • Reumatología • Salud familiar comunitaria intercultural • Traumatología y ortopedia • Urología |
|--|---|

Brasil: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Alergia e inmunología • Anestesiología • Angiología • Cancerología clínica • Cancerología pediátrica • Cancerología quirúrgica • Cardiología • Cirugía cardiovascular • Cirugía de mano • Cirugía de cabeza y cuello • Cirugía de aparato digestivo • Cirugía general • Cirugía general – programa avanzado • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica • Cirugía torácica • Cirugía vascular • Coloproctología • Clínica médica • Dermatología • Endocrinología • Endoscopia • Gastroenterología • Genética médica • Geriatria • Hematología y hemoterapia | <ul style="list-style-type: none"> • Homeopatía • Infectología • Mastología • Medicina de familia y comunidad • Medicina de tráfico • Medicina de trabajo • Medicina del deporte • Medicina física y rehabilitación • Medicina intensiva • Medicina legal medicina nuclear • Medicina preventiva y social • Nefrología • Neurocirugía • Neurología • Obstetricia y ginecología • Oftalmología • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Patología • Patología clínica / medicina laboratorial • Pediatría • Pneumología • Psiquiatría • Radiología y diagnóstico por imagen • Radioterapia • Reumatología • Urología |
|--|--|

| Chile: especialidades médicas reconocidas | | |
|---|---|---|
| Especialidades | Sub-especialidades | Otras sub-especialidades Listado CONAREM |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesia • Cirugía general • Cirugía pediátrica • Dermatología • Imagenología (radiología) • Laboratorio clínico • Medicina familiar • Medicina física y rehabilitación (fisiatría) • Medicina interna • Medicina legal • Medicina nuclear • Neurocirugía • Neurología adultos • Neurología pediátrica • Obstetricia y ginecología • Oftalmología • Otorrinolaringología • Pediatría • Psiquiatría adultos • Psiquiatría infanto-juvenil • Salud pública • Traumatología y ortopedia • Urología | <ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Cirugía cardiovascular • Cirugía de cabeza, cuello y maxilo facial • Cirugía de torax • Cirugía plástica y reparadora • Cirugía vascular periférica • Diabetología • Endocrinología • Enfermedades respiratorias • Gastroenterología • Geriatria • Hematología • Infectología • Medicina intensiva • Nefrología • Neonatología • Oncología médica • Reumatología | <ul style="list-style-type: none"> • Coloproctología • Endocrinología pediátrica • Enfermedades respiratorias pediátrica • Gastroenterología pediátrica • Genética clínica • Hematología oncológica pediátrica • Medicina de urgencia • Medicina familiar adulto • Medicina familiar niño • Medicina intensiva pediátrica • Nefrología pediátrica • Neuroradiología • Radioncología • Ortopedia y traumatología infantil • Inmunología |

Colombia: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología cardiovascular y torácica • Anestesiología • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía cardiovascular • Cirugía de cabeza y cuello • Cirugía de la mano • Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos • Cirugía del tórax • Cirugía dermatológica • Cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva • Cirugía general • Cirugía ginecológica laparoscópica • Cirugía oncológica • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica estética • Cirugía plástica facial • Cirugía plástica oncológica • Cirugía plástica, reconstructiva, estética • Cirugía vascular • Dermatología • Dermatología oncológica • Dolor y cuidado paliativo • Ecocardiografía del adulto • Endocrinología • Enfermedades infecciosas • Especialidad en coloproctología • Especialización electrofisiología clínica, marcapasos y arritmias cardíacas • Gastroenterología y endoscopia digestiva • Geriátrica clínica • Ginecología oncológica • Ginecología y obstetricia • Glaucoma • Hematología clínica • Hematología y oncología clínica • Medicina crítica y cuidado intensivo • Medicina de la actividad física y el deporte • Medicina de urgencias • Medicina del trabajo • Medicina estética | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina familiar • Medicina física y rehabilitación • Medicina forense • Medicina interna • Medicina nuclear • Nefrología • Nefrología pediátrica • Neonatología • Neumología • Neumología pediátrica • Neurocirugía • Neurología clínica • Neuropediatría • Neurorradiología • Neurotología • Oftalmología • Oftalmología oncológica • Oncología clínica • Oncología pediátrica • Oncología y hematología pediátrica • Ortopedia infantil • Ortopedia oncológica • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Patología • Patología oncológica • Patología y medicina de laboratorio • Pediatría • Psiquiatría • Radiología de cuerpo • Radiología de traumas y urgencias • Radiología e imágenes diagnósticas • Radiología intervencionista • Radiología oncológica • Radioterapia • Rehabilitación oncológica • Reproducción humana • Reumatología • Toxicología clínica • Transplante de órganos intrabdominales • Urología • Urología oncológica |
|---|---|

Costa Rica: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Anatomía patológica• Cardiología• Dermatología• Endocrinología• Gastroenterología• Geriátría y gerontología• Hematología• Infectología• Medicina crítica pediátrica• Medicina crítica y terapia intensiva• Medicina de emergencias• Medicina familiar y comunitaria• Medicina física y rehabilitación• Medicina legal• Medicina interna• Neumología• Neurología• Oncología médica• Pediatría• Psiquiatría• Radiología e imágenes médicas• Radioterapia• Reumatología• Cardiología pediátrica• Hematología pediátrica• Infectología pediátrica | <ul style="list-style-type: none">• Inmunología clínica médica• Nefrología• Neonatología• Neumología pediátrica• Patología pediátrica• Nefrología pediátrica• Ginecología oncológica• Anestesiología y recuperación• Cirugía de tórax y cardiovascular• Cirugía general• Cirugía pediátrica• Cirugía plástica y reconstructiva• Ginecología y obstetricia• Neurocirugía• Oftalmología• Oncología quirúrgica• Ortopedia• Otorrinolaringología• Urología• Vascular periférico• Anestesiología pediátrica• Cirugía torácica general• Medicina materno fetal• Ortopedia y traumatología infantil• Urología pediátrica |
|--|---|

Cuba: especialidades médicas reconocidas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesiología pediátrica • Anestesiología y recuperación • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía de torax y cardiovascular • Cirugía general • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica y reconstructiva • Cirugía torácica general • Dermatología • Endocrinología • Gastroenterología • Geriátría y gerontología • Ginecología oncológica • Ginecología y obstetricia • Hematología • Hematología pediátrica • Infectología • Infectología pediátrica • Inmunología clínica médica • Medicina crítica pediátrica • Medicina crítica y terapia intensiva • Medicina de emergencias • Medicina familiar y comunitaria • Medicina física y rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Medicina legal • Medicina materno fetal • Nefrología • Nefrología pediátrica • Neonatología • Neumología • Neumología pediátrica • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Oncología médica • Oncología quirúrgica • Ortopedia • Ortopedia y traumatología infantil • Otorrinolaringología • Patología pediátrica • Pediatría • Psiquiatría • Radiología e imágenes médicas • Radioterapia • Reumatología • Urología • Urología pediátrica • Vascular periférico |
|--|--|

El Salvador: especialidades médicas reconocidas

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía general • Ginecología y obstetricia • Medicina familiar • Medicina general | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Neumología • Pediatría • Psiquiatría |
|---|--|

Honduras: especialidades médicas reconocidas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología • Cirugía general • Cirugía plástica y reconstructiva • Cirugía-oncológica • Cuidados intensivos pediátricos • Dermatología • Ginecología y obstetricia • Medicina de rehabilitación • Medicina interna | <ul style="list-style-type: none"> • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Patología • Pediatría • Psiquiatría |
|--|--|

México: especialidades médicas reconocidas*

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesiología • Audiología otoneurología y foniatría • Calidad de la atención clínica • Cirugía general • Epidemiología • Genética médica • Geriatria • Ginecología y obstetricia • Imagenología diagnóstica y terapéutica • Medicina de rehabilitación • Medicina de urgencias • Medicina del trabajo y ambiental | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina familiar • Medicina integrada • Medicina interna • Medicina legal • Oftalmología • Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello • Patología clínica • Pediatría • Psiquiatría • Radio oncología • Salud pública • Traumatología y ortopedia |
|---|--|

* No se dispone del listado de las sub-especialidades

Paraguay: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesiología • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía de trauma • Cirugía general • Cirugía oncológica • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica y quemados • Cirugía torácica* • Cirugía cardíaca* • Cirugía vascular • Clínica médica • Dermatología • Emergentología • Endocrinología* • Fisiatría • Gastroenterología • Geriatria • Ginecobstetricia • Hematología | <ul style="list-style-type: none"> • Hemoterapia • Imágenes • Infectología clínica • Infectología pediátrica** • Medicina familiar • Medicina preventiva y salud pública • Nefrología • Neonatología • Neumología • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Oncología clínica • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Pediatría • Psiquiatría • Reumatología • Urología • UTI adultos • UTI pediátricos |
|--|--|

* No existen escuelas en el país.

** Existen escuelas pero aún no están acreditadas por la CONAREM.

Perú: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Administración en salud / gestión en salud • Adolescentología • Anatomía patológica • Anestesia cardiovascular • Anestesiología • Anestesiología obstétrica • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía de cabeza y cuello • Cirugía de mano • Cirugía de tórax y cardiovascular • Cirugía general • Cirugía oncológica • Cirugía oncológica abdominal • Cirugía oncológica de cabeza y cuello • Cirugía oncológica de mamas, tejidos blandos y piel • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica • Dermatología • Dermatología pediátrica • Endocrinología • Endocrinología pediátrica • Gastroenterología • Gastroenterología pediátrica • Genética • Geriatria • Ginecología oncológica • Ginecología y obstetricia • Ginecología y obstetricia de la niña y la adolescente • Hematología • Hematología pediátrica • Infectología pediátrica • Inmunología y alergia • Medicina de emergencias y desastres • Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales • Medicina de rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina del deporte • Medicina familiar y comunitaria • Medicina intensiva • Medicina intensiva pediátrica • Medicina interna • Medicina legal • Medicina nuclear • Medicina ocupacional y del medio ambiente • Medicina oncológica • Nefrología • Nefrología pediátrica • Neonatología • Neumología • Neumología pediátrica • Neumología pediátrica • Neurocirugía • Neurocirugía pediátrica • Neurología • Neurología pediátrica • Oftalmología • Oftalmología oncológica • Oftalmología pediátrica y estrabismo • Oncología pediátrica • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Patología clínica • Patología oncológica • Pediatría • Pediatría de emergencias y desastres • Psiquiatría • Psiquiatría de adicciones • Psiquiatría de niños y adolescentes • Radiología • Radioterapia • Reumatología • Urología • Urología oncológica • Urología pediátrica |
|---|--|

República Dominicana: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía patológica • Anestesiología • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía • Cirugía buco-máxilofacial • Cirugía cérvico-buco-máximo-facial • Cirugía dermatológica • Cirugía general • Cirugía oncológica • Cirugía pediátrica • Cuidados intensivos • Dermatología • Diabetología y nutrición • Endocrinología ginecológica • Endocrinología pediátrica • Estrabología • Gastroenterología • Gastroenterología pediátrica • Geriatria • Ginecología y obstetricia • Hematología pediátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Imágenes • Infectología pediátrica • Medicina de emergencia • Medicina familiar • Medicina forense • Medicina interna • Nefrología • Nefrología pediátrica • Neonatología • Neumología pediátrica • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Oncología clínica • Ortopedia • Pediatría • Perinatología • Perinatología obstétrica • Psiquiatría • Reumatología • Urología • Urología pediátrica |
|--|--|

Uruguay: especialidades médicas reconocidas

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Administración servicios de salud • Anatomía patológica • Anestesiología • Cardiología • Cardiología pediátrica • Cirugía cardíaca • Cirugía general • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica • Cirugía torácica • Cirugía vascular • Dermatología • Endocrinología • Enfermedades infecciosas • Epidemiología • Farmacología • Gastroenterología • Geriatria • Ginecotocología • Hematología • Hemoterapia y medicina transfusional • Imagenología • Laboratorio clínico • Medicina del deporte • Medicina familiar • Medicina intensiva | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Medicina legal • Medicina nuclear • Microbiología • Nefrología • Neonatología • Neumología • Neurocirugía • Neurología • Neuropediatría • Oftalmología • Oncología médica • Oncología radioterápica • Otorrinolaringología • Parasitología • Pediatría • Psiquiatría • Psiquiatría infantil • Rehabilitación y medicina física • Reumatología • Salud ocupacional • Terapia intensiva pediátrica • Toxicología • Traumatología y ortopedia • Urología |
|---|--|





SERIE: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 5

Residencias médicas en América Latina



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

