



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**“EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN
EL SALVADOR, ALGUNOS APORTES PARA EL ANALISIS DE LA
VIABILIDAD DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 2009 A MARZO 2013”**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR
Jenny Patricia López Recinos
Jorge Alberto Ramírez Díaz

ASESORA:
MSP. Licda. Gicela Cente

San Salvador, Junio de 2013

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR PERIODO 2011-2015**

**DR. JOSÉ ARNULFO HERRERA
DECANO FACULTAD DE MEDICINA**

**MSP. LICDA. CELESTINA LÓPEZ DE MASIS
COORDINADORA GENERAL DE LA MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA**

JURADO:

MSP. LICDA. CELESTINA LÓPEZ DE MASIS

MSP. LICDA. REINA ARACELY PADILLA MENDOZA

MSP. LICDA. GICELA CENTE

AGRADECIMIENTOS:

Queremos brindar en primer lugar agradecimiento al apoyo brindado por nuestras familias, ya que nos han apoyado incondicionalmente, además de comprender y acompañarnos durante los desvelos y el tiempo dedicado al presente estudio.

Especiales agradecimientos a la Dra. María Isabel Rodríguez, quién nos impulsó a estudiar un tema relacionado al campo de recursos humanos en salud, igualmente a la Dra. Laura Nervi, Dr. Pedro Brito, Dr. Miguel Machuca, Dra. Mónica Padilla, Dra. Gianira Chávez, Dra. Glenda Giroldo, Dr. Rafael Bonilla, Dra. Rosa Maria Borrell y Licda. Gicela Cente, que nos dieron asesorías y seguimiento a nuestra investigación que finalmente presentamos.

Agradecimientos además a todos y cada uno de los informantes claves, que nos han colaborado y brindado su valioso tiempo para abonar a este estudio y especialmente a los abnegados médicos residentes, a quienes va dirigido este estudio, esperando que esto permita mostrar un escenario real de las condiciones en que se desempeñan, aunque generalmente su rol es poco reconocido, reconocemos por medio del presente, el papel fundamental que tienen en mantener el sistema de salud

Agradecimiento especial para todas las personas que colaboraron en nuestro estudio, y también a los que no quisieron colaborar, o se molestaron por la solicitud de información que posiblemente revele las diferentes dificultades actuales. Es por ello creemos necesario aclarar que la razón de ser de este estudio no es buscar responsables, más bien es identificar las condiciones actuales y propuestas de mejora de manera intersectorial que se traducen en una mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Es importante mencionar el agradecimiento a la Licda. Celestina de Masis, quién ha mostrado desde el inicio de nuestro proceso de formación un férreo interés para que los estudiantes logremos culminar un proceso de formación en un periodo relativamente breve, independientemente de las diferentes dificultades que presentadas y superadas y gracias a ello presentamos nuestro estudio.

RESUMEN

Título “Evolución y situación actual de las residencias médicas en El Salvador, algunos aportes para el análisis de la viabilidad de la reforma del sector salud 2009 a marzo 2013”

La importancia del presente estudio radica en las implicaciones que tiene la formación de especialistas de cara a la implementación de un proceso de reforma del sector salud.

La metodología utilizada para el desarrollo de un estudio fue de tipo exploratorio, descriptivo, con datos cuali-cuantitativo, debido a la extensa recopilación de datos realizado ante la dispersión de información en las diferentes instituciones. Las unidades de análisis son las residencias médicas en las especialidades de: medicina interna, cirugía general, ginecología-obstetricia, pediatría, psiquiatría y medicina familiar.

Los principales resultados esta la crisis de gobernabilidad entre las funciones asistenciales con relación a las funciones académicas de los médicos residentes, la falta de presupuesto, una base legal deficiente, desactualización de los programas, desconocimiento de la reforma de salud, falta de estímulos o incentivos tanto para los docentes, como para los estudiantes y el grave fraccionamiento del funcionamiento de los programas de residencias., ausencia de política que defina un ente controlador.

Como conclusiones: La evolución histórica de las residencias médicas ha influido directamente en la situación y funcionamiento actual.

Fragmentación de procesos, información y datos, la base legal no responde a necesidades actuales, regulaciones y abordajes diferentes, que incide en la crisis de gobernabilidad.

Por ello *recomendamos* la implementación de un sistema de información para las residencias médicas, definición de un perfil de especialista según las necesidades actuales del Sistema Nacional de Salud.

Definición de un ente rector con las competencias necesarias, con un marco legal que regule a nivel nacional la planificación, la acreditación, programas, unifique criterios, que tenga presupuesto para su funcionamiento en base a las necesidades de la población.

CONTENIDO

CAPITULO	PAG.
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	29
V. RESULTADOS	33
VI. DISCUSION	74
VII. CONCLUSIONES	88
VIII. RECOMENDACIONES	91
IX. BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	97

I. INTRODUCCIÓN

Se entiende por 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 temas relacionados con las residencias médicas; es decir su marco legal, los aspectos que se vinculan al currículum de formación, así como el rol de los diferentes actores tanto en su espacio de formación y práctica educativa, como en su espacio asistencial son todos ejemplos de la pertinencia e importancia de los asuntos que han sido estudiados por el equipo investigador.

Es importante mencionar que el objetivo de todo sistema de salud es preservar y mejorar la salud de la población y, para ello, debe cumplir las siguientes funciones: rectoría, financiamiento, provisión de servicios y creación de recursos humanos y físicos. En ese marco el Ministerio de Salud de El Salvador ha iniciado un proceso de Reforma del Sector Salud desde el año 2010, en el cual se plantea a los Recursos Humanos como Piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud; además reconoce que la atención de la salud es un acontecimiento social por el cual personas que se han calificado técnica y socialmente (los trabajadores de la salud), contribuyen a que los ciudadanos puedan preservar, recuperar o mejorar su estado de salud.

La Reforma de Salud intenta establecer un dialogo con los sectores formadores de los recursos humanos para así priorizar la reorientación y regulación de las residencias médicas en concordancia con las prioridades establecidas y más sentidas por la población salvadoreña; de cara a la resolución de los principales problemas de salud que pretende abordar dicha Reforma.

EL documento presenta los aportes de una ambiciosa investigación que emana a iniciativa de un par de estudiantes de la maestría de salud pública de la Universidad de El Salvador,

interesados por profundizar la situación actual de las residencias médicas en nuestro país. Es importante destacar este aspecto ya que además es necesario tener en cuenta que generalmente el espacio asignado a la dimensión educacional, y en particular de la contribución en el campo de la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, suele ser vista exclusivamente como una contribución técnica, y no para la acción y toma de decisiones oportunas para las mejoras de la misma. Por ello con el presente estudio se pretende conocer la evolución histórica, situación actual y desafíos en la formación de especialistas; tomando en cuenta las residencias médicas como una variable crítica de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud y de esta manera conocer su pertinencia en el marco de la Reforma del Sector Salud en El Salvador.

Por todo lo anterior se hace la siguiente interrogante: Considerando la evolución histórica y situación actual de las residencias médicas, ¿cuál es la evolución y situación actual de las residencias médicas en El Salvador, algunos aportes para el análisis de la viabilidad de la reforma del sector salud 2009 a marzo 2013.

II. OBJETIVOS

General

Analizar la evolución y situación actual de las residencias médicas en El Salvador, algunos aportes para el análisis de la viabilidad de la reforma del sector salud 2009 a marzo 2013.

Específicos

1. Caracterizar el desarrollo histórico de las residencias médicas en El Salvador.
2. Definir la situación actual de las residencias médicas, tomando en cuenta el marco regulatorio, acreditación y rol del sector formador.
3. Conocer las percepciones de los profesionales en formación sobre el funcionamiento de las residencias médicas en las diferentes especialidades en estudio.
4. Identificar las percepciones sobre las residencias médicas de parte de los tomadores de decisiones y actores claves en el Sistema Nacional de Salud.

III. MARCO DE REFERENCIA

El desarrollo de los Sistemas de Salud en América Latina, constituye uno de los retos más importantes para la administración de los gobiernos; esto ha llevado a implementar diferentes proyectos en aras de alcanzar una sociedad más saludable a partir de la consolidación de las diferentes propuestas en las que se permita identificar, priorizar y satisfacer las necesidades de la población.

Desde los años setentas la Organización Mundial de la Salud (OMS), inició el reconocimiento de la necesidad de impulsar simultáneamente la salud y el desarrollo social, así como la igualdad en el desarrollo de servicios, y estructura organizativa de cada país.

En El Salvador, los esfuerzos para alcanzar mejores resultados en materia de salud han sido considerables; un claro ejemplo es el proceso de reforma del sector salud, que actualmente se implementa, donde se pueden contemplar ciertas medidas que esperan modificar de manera significativa las condiciones sanitarias del país. En este modelo se intenta fortalecer la formación de médicos especialistas para que tengan una concepción diferente al enfoque tradicional y esto permita que el abordaje sea más integral y con mejor calidad, sin embargo esto tiene que ser retomado desde su formación tanto en el pregrado y en el caso de las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud la oportunidad de plasmar claramente las necesidades de formación es durante las residencias médicas, ya que es un personal clave para conseguir los objetivos que las diferentes instituciones se tracen, es personal en quien la institución invierte y por consecuencia se esperaría que ellos luego pasen a ser multiplicadores de los conocimientos adquiridos durante su experiencia académica/asistencial.¹

La medicina ha tenido un giro importante a partir de la formación de los primeros médicos en el extranjero y que posteriormente brindaron su trabajo, conocimientos y aportes en este país, lo que estableció las bases de la medicina en El Salvador; dicho proceso ha evolucionado sustancialmente de una manera gradual hasta llegar a nuestra actualidad.

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

¹ ARCHIVOS DEL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR, volumen 15, No 3, San Salvador, El Salvador. septiembre 1962.

progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.

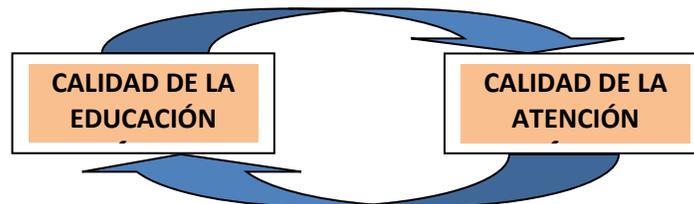
¿Qué es un especialista médico? Es un profesional formado en un programa de postgrado de desarrollo intensivo mediante una práctica integral en una especialidad generadora de inquietudes, conocimientos y respuestas a las necesidades de salud de la población.

¿Qué persigue un programa de especialidades médicas?

- a. Crear conciencia colectiva intrasectorial, intersectorial e interinstitucional:
Del concepto y práctica de las especialidades médicas.
De su papel en el futuro de la salud de la población.
- b. Formar profesionales altamente calificados para el ejercicio de las especialidades médicas que necesita el país.
- c. Elevar la calidad de la atención médica
- d. Contribuir a la producción de nuevo conocimiento en salud.

Elementos necesarios para la formación profesional del especialista médico:

- Componente educativo
- Componente de servicios
- Análisis de su rol en el mercado laboral
- Mecanismos de regulación.²



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SALVADOR

Ya que se hablará de las residencias médicas en El Salvador, consideramos necesario que se amplíe la información sobre las funciones y la conformación del Sistema Nacional de Salud, ya que eso nos permitirá conocer un poco más sobre el funcionamiento del sector salud en nuestro país. A continuación haremos referencia a lo establecido en la Ley del Sistema Nacional de Salud:

² RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL, DRA, Presentación Importancia de la Acreditación de los programas de Posgrado en Salud en El Salvador, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998.

El Sistema Nacional de Salud de El Salvador está constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

Miembros del SNS y colaboradores

Son miembros del Sistema Nacional de Salud:

- a) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias,
- b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
- c) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar,
- d) El Fondo Solidario para la Salud,
- e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y,
- f) Bienestar Magisterial.³

EL CURRÍCULO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

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 éstos 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, no tanto de esquemas de pensamiento particulares, sino de una disposición general, generadora de esquemas particulares susceptibles de ser aplicados en campos diferentes de pensamiento y acción, a la cual llama *habitus cultus*”.

El tema de las especialidades médicas y la modalidad de “estudio-trabajo” llevada a cabo a través de las residencias ha carecido de estudios que caractericen, por un lado, la práctica educativa de este nivel y por otro lado, que profundicen sobre la manera de concebir y llevar a la práctica los aspectos educativos que tienen los docentes médicos y más aún, los esquemas de pensamiento que se transmiten y reproducen.

³ LEYES RELATIVAS AL SISTEMA DE SALUD, <http://www.disasterinfo.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/centroamerica/salvador/salud/>

Aún la ausencia de contenidos es otro contenido que estaría expresando algún pensamiento. Más allá de un *plan de estudio* visible o un currículum escrito, el análisis de las prácticas educativas y las reglas implícitas de interacción, distribución y evaluación han llevado a construir la noción de currículum “oculto” o “latente”, como configurador real de la acción. La literatura especializada le otorga una importancia decisiva por el papel destacado que juega en la construcción de significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes.

No hay que perder de vista que el currículum no escrito tiene dos partes evidentes referidas a la naturaleza de las experiencias y la naturaleza de los resultados.

Los hombres aprenden mediante experiencias de vida, a trabajar juntos de un modo cooperativo o competitivo, a compartir poder y conocimiento o a disputarlo, a resolver problemas y fricciones personales. Faltaría verificar la profundidad del aprendizaje sobre determinados valores, principios y conductas en el aprendizaje de la medicina especializada a partir de un aprendizaje inestructurado.⁴

EL HOSPITAL COMO ESPACIO DE LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA EDUCATIVA DE LOS FUTUROS MÉDICOS ESPECIALISTAS

En los últimos años, los enfoques de capacitación se han transformado profundamente a partir de la reflexión crítica de las tendencias clásicas y de la incorporación de aportes que otras disciplinas y campos de conocimiento han hecho a la educación, tales como la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos, particularmente en situaciones de trabajo.

El desarrollo de la educación médica de postgrado, en la modalidad de las residencias médicas, debe entenderse a partir de otras dimensiones como son las rutinas complejas, los estilos de gerencia hospitalaria, las tomas de decisiones en instituciones jerárquicas, los cambios o prácticas permanentes de los modelos de atención y de participación, así como las reglas de juego de las instituciones hospitalarias. La educación en las residencias médicas está muy cerca de la vida cotidiana que se vive en el hospital. Esta visión se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, en otros términos, que en el trabajo se aprende. Ello supone tomar a las situaciones diarias como

⁴ BORRELL BENTZ, ROSA MARÍA, La educación médica de postgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa, Organización Panamericana de la Salud- OPS-2005, 1era Edición. Buenos Aires, Argentina

“palanca” del aprendizaje. Lo ideal desde este punto de vista es analizar reflexivamente los problemas de la práctica y valorar el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Los hospitales y centros de salud constituyen organizaciones, pero también instituciones, con tradiciones y trayectorias históricas, jerarquías, que llevan a la internalización de las “reglas de juego” por parte de los actores. Las rutinas, dice Argyris, “se ponen en práctica mediante acciones hábiles. Las acciones que son hábiles se basan ampliamente en el conocimiento tácito. Estas acciones se convierten de este modo en un refuerzo del *statu quo*”. Acá nos interesa revisar particularmente la visión hospitalaria sobre la medicina especializada que se desea transmitir a los residentes, las dificultades para hacerlo, cómo se forman en esta práctica hospitalaria, cómo se asume la responsabilidad de la docencia y también, cómo se transmite a los residentes el poder jerárquico de los hospitales⁵

EL HOSPITAL COMO ESPACIO DE APRENDIZAJE DE LOS MÉDICOS

A la complejidad antes señalada de hospital público que tienen algunos hospitales también, habría que agregarle otra complejidad: la de formar y capacitar los futuros especialistas del país y la de organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que también tiene que adecuarse a un sistema de racionalidad y administración educativa.

La función principal de las instituciones hospitalarias con responsabilidad en la enseñanza es contribuir a la creación de las condiciones más favorables para el cumplimiento de su misión educativa. Esto significa que debe tener profunda comprensión de los requisitos básicos para la investigación científica y la docencia, y al mismo tiempo, favorecer su desenvolvimiento normal como hospital público.

Una de sus funciones básicas es la coordinación interna de sus áreas de especialidad y la dirección de actividades docentes para la satisfacción de objetivos generales de educación médica. Otra de sus responsabilidades es la relación con la Facultad de Medicina de la cual dependen, si es que dependen de alguna, la vinculación con las cátedras del pregrado y con los alumnos que realizan pasantías específicas y con otras instituciones de salud con las cuales les une un sistema de referencia y contrareferencia en salud y que sirven a la vez de espacios de aprendizaje de salud comunitaria a sus propios residentes y pasantes.

⁵ IBID

Estos hospitales deben estar preparados para ofrecer ejemplos de atención médica integrada eficientemente y para asumir las responsabilidades que les corresponda en la asistencia médica de las comunidades a que sirven. La participación activa del cuerpo docente en la administración contribuye a la creación de un clima administrativo favorable a la medicina integral, a la investigación científica, al aprendizaje y al humanismo.

Hay ciertas características que distinguen al hospital con programas educativos del resto, por su condición de “laboratorio de enseñanza” y su “grado de complejidad”. Se identifican como características básicas las siguientes:

- El hospital docente es el ámbito natural, el lugar más apropiado, para las especialidades de alta calidad, para la tecnología especializada de más alto nivel y para el diagnóstico y tratamiento de las patologías que revisten mayor gravedad y son menos comunes.
 - El área normal de servicios del hospital escuela, área de influencia de la que *extraen sus pacientes*, es mucho más extensa que en los típicos hospitales comunitarios. Este tipo de hospital debe actuar en un área programática, entendiéndose como una zona asignada al centro de salud para realizar acciones integradas para sus habitantes y su medio ambiente.
 - Si bien todos los hospitales deberían incorporar la enseñanza y la investigación en su práctica cotidiana, en el hospital docente estos dos son mayores que en establecimientos hospitalarios comunitarios y posiblemente son su finalidad más importante.
 - El hospital docente cuenta, normalmente, con un número mayor de médicos a tiempo completo en su facultad que el hospital comunitario. Estos médicos generalmente forman parte del núcleo docente de la escuela de medicina.
 - El costo de atención del paciente es generalmente más elevado en el hospital docente que en otros hospitales. Esto se debe a lo antes mencionadas: la máxima especialización, la naturaleza de la población y del paciente, la combinación de la docencia y la investigación.
- Un hospital con postgrados asignados tiene acceso, en el más ideal de los casos, a todo tipo de especialidades en atención de la salud y de expertos en los diferentes campos relacionados, acceso a computación, circuito cerrado de televisión, disponibilidad de revistas especializadas, a la tecnología médica especializada actualizada, y tiene presencia de estudiantes universitarios de pregrado y postgrado (residencias médicas) e investigadores de diferentes campos, etc.⁶

⁶ IBID

EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN SOCIAL COMPLEJA

El hospital continúa siendo un ambiente fundamental para la práctica médica, y debe ser considerado como una parte de un sistema de servicios de salud. El hospital en general es considerado como una institución compleja, cooperativa y multidisciplinaria, destinada al cuidado de la enfermedad y al restablecimiento de la salud. El hospital no es privativo de alguna sociedad en particular, es una respuesta social histórica para atender la enfermedad y tiene explicaciones culturales, políticas, económicas y científicas.

En América Latina es obvia la influencia de la concepción europea en la fundación, organización y funcionamiento de los hospitales y los cambios presentados en los mismos han sido el resultado de las transformaciones generales de la sociedad y de los países que colonizaron a cada uno de ellos. Actualmente, se encuentran bajo la influencia de países desarrollados, especialmente de USA, en cuanto al desarrollo científico y tecnológico y en los últimos tiempos en relación al modelo gerencial y los sistemas de financiamiento.

El hospital ha sido definido como “todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por medio del internamiento, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social, de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella.

El cuidado de pacientes es el fin último del hospital y se encuentra bajo decisión médica, ya que ellos son los responsables de determinar el proceso de cuidados adecuados a cada paciente y de establecer cuál es el conjunto de bienes y servicios que debe recibir. Esta capacidad de decisión e influencia sobre el conjunto de la organización hospitalaria hace de los profesionales médicos un punto clave del control de gestión del conjunto de la organización. No dejamos de reconocer, sin embargo, la influencia que también han ejercido las enfermeras en la organización de la gestión hospitalaria.

Es importante considerar que los hospitales latinoamericanos se han caracterizado por su desenvolvimiento en situaciones de pobreza material y económica, lo que dificulta la mayoría de las veces el cumplimiento de su verdadera función de desarrollo científico e intelectual para la solución de los problemas de salud.

Estos hospitales están enfrentando desde hace varias décadas una crisis importante relacionada con problemas financieros fundamentalmente y como consecuencia de la

disminución de la inversión en los sectores sociales, entre ellos salud. Como consiguiente, esta falta de inversión ha ocasionado un mayor empobrecimiento relativo de los hospitales, un deterioro de su infraestructura y equipamiento y un creciente incremento de los costos.

La deuda sanitaria de los países de la Región se refleja con gran nitidez en el grado de deterioro en que se encuentran los hospitales, existiendo un consenso de que continúan las deficiencias, reflejadas principalmente en la ausencia de autoridad para la supervisión de los hospitales, debilidades operativas y problemas en la calidad de la atención, falta de medios y recursos humanos, identificándose además, problemas con el diseño de la estructura hospitalaria antigua, el manejo de tecnología adecuada y la formación de administradores hospitalarios competentes.

Por otro lado, los hospitales “constituyen punto focal de la imagen pública de los gobiernos, cuya influencia se sobrepone a la del sector salud. Es por ello que la distribución de los recursos dentro del sector salud, tiene un componente político que no necesariamente responde al equilibrio y prioridades desde el punto de vista de atención a la salud. De hecho, en muchos países las instituciones hospitalarias acaparan la mayor parte de los escasos recursos disponibles, lo que en la mayoría de los casos se logra afectando sensiblemente a los centros de atención primaria. Esta situación no sólo se observa en relación a los recursos humanos, sino también en materia de logística, siendo el medicamento un ejemplo típico”.⁷

EL MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA

Además de analizar las funciones propias del hospital y particularmente del hospital con responsabilidad en la formación de especialistas, hay que tomar en cuenta el modelo de atención diseñado e implementado para brindar atención a la población y en el cual se insertan y dependen los hospitales, tanto públicos como privados y las reformas sanitarias que de manera especial en la década de los noventa se han venido gestando en casi todos los países del continente americano.

La mayoría de los sistemas de salud del continente americano, a excepción de los sistemas nacionales como los de Cuba y el Caribe de habla inglesa, presentan tres subsectores: *el subsector público*, que cubre fundamentalmente a sectores de menores ingresos y que

⁷ IBID

brinda prestaciones orientadas a la prevención, la curación y el saneamiento; *el subsector de la seguridad social*, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes; y *el subsector privado*, generalmente atiende a los de mayores recursos.

En el sector salud, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad a la constitución de organizaciones complejas, las que se describen en modelos de atención. El modelo de atención establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación de la red asistencial. En él se establecen además, las modalidades (médicos especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), se determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel, y los recursos necesarios. Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre éstas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento.

En la mayoría de los países del continente americano se acentuaron algunas tendencias relativas a la organización del sistema de salud en las últimas tres décadas tales como:

- La extensión de cobertura asistencial para zonas urbanas y gran parte de la rural.
- La reorientación de las políticas nacionales de salud hacia una práctica curativa individual, especializada y sofisticada, en detrimento de medidas de salud pública de carácter preventivo e interés colectivo.
- El desarrollo de un esquema de organización de la práctica médica orientado en términos de lucro, propiciando mercantilización de la medicina a través de la asignación de recursos hacia la compra de servicios a los prestadores privados.
- La viabilización de un complejo médico industrial con una creciente base tecnológica, red de servicios y consumo de medicamentos.

A pesar del avance en la extensión de cobertura, en el Informe Anual del Director de la Organización Panamericana de la Salud del 2001, se reconoce que: “Cerca del 25% de la población de las Américas no tiene acceso permanente a los servicios de salud ni ningún recurso de protección social en salud. Es motivo de particular preocupación el hecho de que los actuales sistemas de salud pública se diseñen desde una oficina central encargada de supervisar la atención prestada a los grupos que viven en zonas remotas, las minorías étnicas o culturales, los adolescentes, los pobres o los ancianos”. Los programas de ajuste estructural y el impacto del proceso de globalización han profundizado las inequidades en

América Latina y el Caribe, caracterizada por ser la región del mundo con mayor desigualdad en la distribución de las riquezas.

Los pobres además, tienen considerablemente menos acceso a la atención de salud. La inequidad del gasto público en salud es a la vez motivo y resultado de las marcadas desigualdades en cuanto al acceso a la atención y a la utilización de ésta.

El proceso de globalización también ha repercutido en el sector salud, en la transnacionalización de enfermedades y el consumo de drogas, el consumo de bienes y servicios, la importación de tecnologías, equipos, medicamentos y otros insumos necesarios para la producción de servicios de salud. Se observa un aumento de la oferta transnacional de los servicios de salud para pacientes con capacidad de compra, así como, seguros públicos o privados y planes de salud que ahora ofrecen a sus afiliados la posibilidad de obtener en el exterior servicios de mejor calidad o inexistentes en el mercado nacional. Al mismo tiempo, la propuesta pretende adecuar cuantitativa y cualitativamente la formación y capacitación continúa de los recursos humanos técnicos y gerenciales para atender a la nueva realidad socio-sanitario y desarrollar una gestión diferente de recursos humanos, con nuevas formas de contratación y remuneración y de evaluación del desempeño del personal de salud que incentiven el aumento de la eficiencia y la calidad de la atención.

En relación a los recursos humanos del sector salud, Brito sostiene que “vivimos una situación paradójica: por un lado, la creciente flexibilidad e inestabilidad del empleo en los servicios de salud y la falta de condiciones adecuadas para un desempeño eficiente y de calidad; y por otro, la gestión deficiente de los recursos humanos en los servicios de salud. Esta paradoja es producto de querer cambiar radicalmente los servicios sin contemplar una inversión institucional para acrecentar su máximo valor: los recursos humanos”.

Brito plantea que hasta hace poco era difícil encontrar “pruebas” de la importancia de los recursos humanos, pues los asuntos relacionados con el personal han estado ausentes de los programas de reforma sectorial de casi todos los países de la región, al menos en sus primeros años.

En el campo de los recursos humanos se han identificado algunos problemas comunes a la mayoría de los países que inciden fuertemente en la calidad de la atención a la salud.

Desequilibrios en la estructura y distribución de la fuerza de trabajo en salud según diversos criterios, Salarios bajos en el sector público, baja competitividad de los mismos, y

diferencias entre sub-sectores, por ejemplo, entre ministerios y la seguridad social,, Heterogeneidad e inadecuación de los regímenes laborales con tendencia creciente a la informalidad, Bajo nivel de desempeño del personal e insuficiencia de criterios e instrumentos de evaluación, Conflictividad laboral larvada o manifiesta en diversas formas, que llega a interferir con el proceso de producción de servicios, Fragmentación, heterogeneidad y complejidad creciente de los procesos de trabajo, Autonomía y falta de control de los procesos de incorporación y utilización de tecnología, Aumento de los costos del trabajo sin que la gestión existente sea capaz de controlarlos, Creciente desmotivación del personal, Centralización de la administración de los recursos humanos.

En las reformas del sector salud se observan algunas implicaciones para el trabajo de personal que tienen que ver con la definición de nuevas funciones y áreas de competencias, la exigencia de mayor resolución a los problemas, mayor calidad y productividad, cambios en la organización de trabajo y conformación de equipos, énfasis en el desempeño y su evaluación, cambios en los sistemas de incentivos y regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos en salud⁸

DESARROLLO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN EL SALVADOR.

Es importante hacer mención que la medicina ha tenido un giro importante a partir de la formación de los primeros médicos en el extranjero y que posteriormente brindaron su trabajo, conocimientos y aportes en este país, lo que estableció las bases de la medicina en El Salvador; dicho proceso ha evolucionado sustancialmente de una manera gradual hasta llegar a nuestra actualidad.

INICIOS DE LA MEDICINA EN EL SALVADOR.

La historia de los hospitales en nuestro país se remonta al año de 1578, época en que se pobló la villa de Sonsonate y además se fundó el Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso. Posteriormente en 1643 por acuerdo de cabildo se cambia el nombre a Hospital de Nuestra señora del buen suceso de Sonsonate, y es entregado a la orden de San Juan de Dios; y es por ello que posteriormente llevo su nombre.

⁸ IBID

Para el año de 1835 el hospital estaba a cargo de 8 religiosos y contaban con 20 camas, aunque su infraestructura estaba prácticamente en ruinas. Es por ello que para 1862 es declarado inhabitable y se plantea la necesidad de ser trasladado a un nuevo terreno que posea las condiciones adecuadas para su funcionamiento.⁹

Por otro lado a inicios del siglo XIX, en el año de 1806, es fundado el primer centro con carácter de hospital en San Salvador: “LA CASA DE CARIDAD Y CAPILLA DEL PATROCINIO”, que con el tiempo llegó a ser el Hospital General de San Salvador.¹⁰

Para ese entonces la educación y las actividades intelectuales cambiaron notablemente cuando, en 1841, el mismo año en que El Salvador se separa de la Federación Centroamericana, el Gobierno Central creó la Universidad de El Salvador. En relación a esto es la facultad de medicina la institución de educación superior en su rama más antigua e importante del país. Su origen se remonta al año 1847, cuando se decretó durante el período presidencial del Lic. Eugenio Aguilar el establecimiento de la cátedra de Anatomía. La Facultad de Medicina fue organizada oficialmente el 25 de febrero de 1849.¹¹

En donde podemos mencionar lo siguiente: Desempeñando la presidencia del Estado de El Salvador el distinguido médico Licenciado don Eugenio Aguilar durante los años comprendidos entre febrero de 1846 y febrero de 1848, promulgó un decreto en que se acordaba el establecimiento de una cátedra de Anatomía en el colegio la Asunción; centro que se ocupaba de otros estudios entre los que prevalecían los de leyes, cánones y filosofía, habiendo ya en ese entonces bachilleres en filosofía que deseaban dedicarse al estudio de la medicina. El decreto de referencia constituye un interesante documento histórico y dice:

“Ministerio de Relaciones y Gobernación, de S. G. del Estado del Salvador. El Sr. Presidente del Estado me ha dirigido el decreto dice: “El Presidente del Estado de El Salvador. CONSIDERANDO:

“Que los alumnos del colegio de la Asunción de esta ciudad hacen cada día grandes progresos en la carrera literaria a que están dedicados: Que dicho establecimiento está provisto de las cátedras necesarias para el estudio del derecho civil, y canónico.

⁹ Hospital Nacional de Sonsonate, Historia <http://hospitalmazzini.org/Historia.aspx>

¹⁰ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, La Facultad Informa, Volumen 3, Ejemplar 5, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998

¹¹ INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000. <http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>

Que entre los varios jóvenes que por su aprovechamiento han obtenido en esta Universidad el grado de bachiller en Filosofía, muchos quieren dedicarse al estudio de la medicina.

La creación de las juntas de caridad en la administración de hospitales se dio veinte años después de la independencia, es decir en 1841, hubo un cambio radical en la asistencia médica de los hospitales del país. El presidente de la República expidió el siguiente decreto: “Decreto del Gobierno de 20 de agosto de 1841, creando Juntas de Caridad para la administración de los hospitales, las cuales con anterioridad se llamaban juntas de beneficencia”, fueron éstos los primeros intentos por organizar la comunidad para efectos de atender a la salud, eran integradas por personas altruistas y distinguidas de la localidad, que se nombraban específicamente para manejar los hospitales.¹²

Durante 1847 se dispuso la creación del Protomedicato, pero fue hasta el 28 de febrero de 1849 que se organizó. Fueron elegidos el Lic. Andrés Castro, como protomédico; el Lic. Rafael Pino como segundo; y el Lic. en farmacia Fermín Díaz como secretario. Esta institución tenía como objetivos regular la profesión médica, la Facultad de medicina, la salubridad pública, el ejercicio de las farmacias y el de las comadronas o parteras¹²

En el año de 1848, por primera vez, el Gobierno asumió una participación indirecta en el manejo de los hospitales, estableciendo un impuesto específico “de un peso por cada par de pistolas” a favor del hospital de San Salvador y se estableció una cartera de beneficencia adscrita a uno de los ministerios.¹²

En el año de 1867, se organizó una junta de caridad integrada por los Señores Don Antonio Ipiña, Don Lorenzo López y Don Rafael Campo, organizando la Junta denominada “Hermanos de Caridad”, donde se estableció la construcción de un coliseo para recolectar fondos y adquirir el terreno para levantar el edificio del Hospital de Sonsonate, contribuyendo además con sus propios fondos; y es hasta el año de 1872 asumió Don Ricardo Fonseca, quien se dice adquirió el terreno del antiguo convento de San Francisco, dando principio a la construcción de los pabellones para el alojamiento de hombres y mujeres, con capacidad para cuarenta pacientes.¹³

En El Salvador a finales del siglo XIX se construye el Hospital para Dementes, llamado también Manicomio Central en 1894 (hoy Instituto Nacional Francisco Menéndez). El Dr.

¹² INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000.
<http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>

¹³ HOSPITAL NACIONAL DE SONSONATE, HISTORIA. <http://hospitalmazzini.org/Historia.aspx>

Genaro Muñoz fue el encargado de dicho hospital y por tanto puede considerarse el primer médico que trabajó concretamente en psiquiatría en el país.¹⁴

Los orígenes del Ministerio de Salud se remontan a la fecha del 23 de Julio de 1900 cuando se crea el Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El Consejo determinó que entre las actividades principales a realizar fueran: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas servidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año. Parte del inicio de la medicina en El Salvador se remonta cuando el Hospital Nacional Rosales fue inaugurado en 1902; donde este surgió como un hospital general, que atendía a la población salvadoreña en las grandes ramas de la medicina: entre ellas Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Psiquiatría, Salud Pública, con servicios asignados al desarrollo de las especialidades, con Jefes de Servicio a cargo.¹⁵

El Dr. M.A. Vilanova parte hacia París, Francia en los primeros meses de 1912, para estudiar en la Universidad de la Sorbona, realizando estudios en la especialidad de “Enfermedades de niños y puericultura”. A su regreso, pese a la oposición de sus colegas, funda la “Sala de Niños del Hospital Rosales”, siendo el jefe hasta el día de su jubilación. Es así como este hecho se considera el verdadero inicio de la Pediatría en El Salvador; y es así como, en 1917 el Gobierno de ese entonces decide fundar el “Servicio Médico Escolar” con las funciones de atender a los niños escolares, atender a los profesores y dar indicaciones sobre los edificios ocupados por las escuelas.¹⁶

Para 1920, llega al país el segundo pediatra especializado, Dr. Joaquín Calderón, también con estudios de pediatría y puericultura realizados en París, Francia. La pediatría hospitalaria, por otra parte, está vinculada al trabajo realizado por el Dr. A. M. Vilanova, quien con un grupo de jóvenes decidieron establecer las bases de esta nueva especialidad, recordando así a los doctores Andrés Gonzalo Funes, Baltazar Montes, Carlos Lardé y

¹⁴ ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE EL SALVADOR, Historia. <http://asopedes.org.sv/organizacion-/historia.aspx>

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>

¹⁶ INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000. <http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>

Arthes, Napoleón Díaz Nuila y Ranulfo Castro. Todos ellos, precursores de la pediatría en El Salvador, practicando en el servicio de pediatría del Hospital Rosales.¹⁷

En 1920 se fundó Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de la Gobernación. En 1925 se nombra al primer odontólogo y se inician las profilaxis antivenéreas en siete cabeceras departamentales. En 1926 El Poder Ejecutivo creó a través de la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia médica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República, la creación de circuitos médicos y especificando que en cada circuito se establecerá un Junta Calificador a integrada por el Alcalde Municipal y otros ciudadanos para clasificar a las personas como pobres, ya que la condición de escasez pecuniaria establecería el derecho de ser atendido gratuitamente, también especifica el mismo Decreto en su artículo 23 que este servicio de asistencia médica gratuita recibirá el apoyo moral y económico no solo del supremo Gobierno y de las Municipalidades sino también de las clases que por sus condiciones económicas tenga aptitudes para ello.¹⁸

En esa época, el 6 de noviembre de 1928, el señor Filántropo Benjamín Bloom dona a la sociedad de beneficencia pública, el hospital que llegó a constituirse en el primer hospital de niños del país, localizado en la calle arce y 23 avenida sur (donde actualmente funciona el hospital 1º. de mayo del ISSS). Dicho donativo de este hospital dio un nuevo giro a la atención, la cual fue distribuida de la siguiente manera: de 0 a 2 años eran atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Rosales y a los mayores de dos años de edad, en el Hospital de Niños Benjamín Bloom, ubicado en estas nuevas instalaciones. Posteriormente debido a la dicotomía de prestación de servicios entre el Hospital Rosales y el Hospital Bloom, ocurrió una escisión entre médicos, y dio origen al “Consultorio de Pediatría” del Hospital Rosales y atendido por los Doctores Andrés Gonzalo Funes y Ranulfo Castro.¹⁷

En 1929 se inicia la construcción del hospital Militar ubicado en la avenida Roosevelt. En 1930 se aprueba un nuevo Código de Sanidad, en este año se establece la primera clínica de puericultura ubicada en San Salvador. En 1935 aparecen las tres primeras

¹⁷ INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000.
<http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>

enfermeras graduadas y en este año la Sanidad cuenta con servicio médico escolar, servicio para el control de los parásitos intestinales.¹⁹

Es en 1949, que se da la aprobación a la ley del Seguro Social y en ese mismo año el Dr. José Molina Martínez es nombrado director del Hospital Psiquiátrico. Este notable médico habría de introducir en la psiquiatría una modernización notable y una actitud científica ya que introduce la cátedra de psiquiatría en la Universidad de El Salvador en 1954.

El año de 1950 surge el cambio donde el Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En Julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración Sanitaria, proyecto conjunto con la OMS en este proyecto nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la cual brindaría capacitación en adiestramiento en servicio, atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento rural y puestos de salud. En 1956 existían 40 servicios locales bajo la Dirección General de Sanidad, pero debe tenerse presente que el Ministerio tenía bajo su supervisión y coordinación: 14 hospitales, Escuela Nacional de Enfermería, la Beneficencia Pública, Guarderías Infantiles, los Hospicios, Asilo de Ancianos, Sociedad de Señoras de la Caridad y la atención a la ayuda técnica de Organismos Internacionales.²⁰

El Consejo Superior de Salud Pública fue creado por mandato constitucional el 24 de agosto de 1956, inicialmente lo formaban quince empleados, un Presidente y un Secretario nombrados por el Órgano Ejecutivo. Para su funcionamiento contaba con la subvención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien además había donado la mayor parte del equipo con que se trabajaba.²¹

Según datos en la constitución de la República de El Salvador de 1950, 1988.- Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario: tendrá un Presidente y un Secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo, quienes no pertenecerán a ninguna de dichas profesiones.

¹⁹ HOSPITAL NACIONAL DE SONSONATE, HISTORIA. <http://hospitalmazzini.org/Historia.aspx>

²⁰ MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>

²¹ CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, Historia, pagina Web http://www.cssp.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=84

El Consejo Superior de Salud Pública conocerá y resolverá de los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior.²²

En los años 1950-1952 la atención de ginecología se realizaba en el servicio de ginecología del hospital Rosales, es hasta 1953 que se inaugura el Hospital Nacional de Maternidad.¹²

No había duda que en Centroamérica uno de los más graves problemas de Salud Pública estaba representado por la escasez general de médicos. Los datos reportados por la Oficina Sanitaria Panamericana en 1960 reportaba un número de 5 médicos por cada 10,000 habitantes y por las proyecciones de crecimiento de la población salvadoreña de aquel entonces se estimaba un incremento entre 60,000 a 80,000 de habitantes por año, lo que en aquel entonces los hacía reflexionar seriamente de que en ese entonces se debería graduar por lo menos a 80 médicos anualmente hasta los 70's, ya que en 1960 se graduaban solamente entre 30 y 40 médicos anualmente, pero ya se podía evidenciar la centralización de recursos a nivel metropolitano y dejando desprovisto el área rural y el interior del país

En 1968 se inaugura el edificio del Colegio Médico en la colonia Miramonte, San Salvador, lugar que serviría para reuniones del gremio médico para discutir aspectos claves sobre la situación de los médicos y sus importantes aportes para la salud de la población salvadoreña. También durante el año de 1968 se realiza la "I Asamblea médica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social". Esta primera asamblea sirvió para evaluar, discutir y planificar, obteniendo importantes recomendaciones que para satisfacción de todos, su principal objetivo se cumplió en su totalidad. Posteriormente se llevó a cabo la segunda asamblea donde se trato la planificación un de excelente servicio, desde el principio el nuevo hospital General. Era necesario revisar las fallas en los diferentes órdenes de organización, sobresaliendo la falta de escalafón profesional, reglamentos adecuados, instructivos para manejo de pacientes, coordinación de los servicios, principalmente.²³

Recién creado Departamento de Enseñanza y Promoción Médica; en ese entonces bajo el cargo del Dr. José Nicolás Astacio.²³

En 1973 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social puso en funcionamiento el nuevo hospital de Chalatenango y se finalizaron las instalaciones de los nuevos Hospitales

²² CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, Historia, pagina Web
http://www.cssp.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=84

²³ ASTACIO, JOSÉ NICOLÁS, DR.; IV, V Asambleas Médicas Instituto Salvadoreño. San Salvador. 1971

de Zacatecoluca y Usulután, se realizó la primera campaña nacional de vacunación para proteger a la población menor de cinco años, contra la tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y sarampión. En 1974 a través de préstamo con organismos internacionales se inicia programa de ampliación de red de establecimientos y se introduce el Programa de Salud Oral a base de flouocolutorios. En 1978 se cuenta con 271 establecimientos de salud y se tiene 85.4% de cobertura y 96.2% de población accesible a los diferentes establecimientos de salud. En 1980, se crea el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural programa de introducción de agua potable y letrización en área rural, se ampliaron las unidades de Ciudad Barrios y de Santa Rosa de Lima, pasando a ser Centros de Salud con capacidad para 72 camas cada uno.²⁴

ENFOQUES EDUCACIONALES

A principios del siglo XX la Carnegie Foundation para el avance de la enseñanza se dedicó a analizar la Educación Médica en EEUU y Canadá; este que dio lugar a la evolución del Sistema Educativo Médico de Norteamérica y lo llevo a ser lo que es actualmente.

Para realizar esta tarea contrató a un maestro en Educación llamado Abraham Flexner, especializado en Educación de la escuela de Harvard. Luego de minuciosos estudios presentó un documento que revolucionó la Educación Médica norteamericana.

Han pasado 102 años de publicado el informe y pareciera que muchas de sus recomendaciones aún tienen validez en nuestros tiempos.

El informe Flexner está dividido en dos partes:

- I- Historia y estado actual de la educación médica.
- II- Descripción de cada una de las escuelas Médicas.

Las conclusiones de este estudio circularon rápidamente por el continente y recalcan lo siguiente: *“existe superproducción de médicos mal capacitados; exceso de malas escuelas de medicina y su proliferación obedece a razones principalmente económicas y políticas; el país necesita menos y mejores médicos; no se ha mejorado la distribución espacial de los médicos; los bajos estándares y el mal entrenamiento no deben constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades”*.²⁵

²⁴ MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>

²⁵ FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. A report of the Carnegie Foundations on the Advancement of teaching, Boston U.S.A 1910.

Sobre esta base Flexner presentó algunas recomendaciones como las siguientes:

- La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas, fundamentalmente en las ciencias básicas con cursos semejantes a los ofrecidos por la educación alemana (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología).
- Sólo las escuelas de alta calidad deben ser acreditadas para formar médicos, por tanto, deben estar afiliadas a universidades. Las escuelas sin calidad necesaria deben ser cerradas.
- Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios, en la experiencia clínica, concentrados en los aspectos de atención médica individual y con una organización minuciosa de asistencia médica en cada especialidad.
- La valorización de la enseñanza dentro de un hospital de enseñanza, que contase con un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria, apenas para casos que precisaran de internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno.
- Reducir el número de escuelas médicas y en consecuencia el número de estudiantes.

En 1925 planteo nuevas premisas:

- a) Si la medicina es concebida como un arte, en contraposición a una ciencia, el que la practica estaría estimulado a actuar con una conciencia clara para basada en líneas empíricas superficiales; si, por el contrario, el que la practica esta agudamente consciente de su responsabilidad hacia el espíritu y el método científico, tendría, casi, inevitablemente, que esforzarse por clarificar conceptos y proceder en forma más sistemática en cuanto a la acumulación de hechos y de información, a la formulación de hipótesis y a la evaluación de resultados.
- b) La ciencia reside en el intelecto, no en el instrumento.

El médico debe ser ante todo un hombre educado; así lo exige su posición en la comunidad y sus relaciones con el paciente y con su familia. ²⁶

A finales del siglo XX, específicamente en Junio de 1999 los Ministros de Educación de Europa se reúnen y firman la Declaración de Bolonia donde se le da importancia a la

²⁶ FLEXNER, A. Medical education: a comparative study. The Macmillam Company, New York, USA 1925

independencia y autonomía de las Universidades para asegurar una alta educación y sistemas de investigación que se adapten continuamente a las necesidades cambiantes de la sociedad, demandas y avances en el conocimiento científico. Adoptan un sistema basado esencialmente en dos ciclos principales, pregrado y postgrado.

Otro plan educativo importante es el proyecto Tuning que implicó en Europa un gran reto para las instituciones de educación superior, ya que permitió la creación de un entorno de trabajo para que los académicos pudieran llegar a puntos de referencia, de comprensión y de confluencia. Se generó un espacio que permitió «acordar», «templar», «afinar» las estructuras educativas en cuanto a las titulaciones, de manera que pudieran ser comprendidas, comparadas y reconocidas en el área común europea.

Hoy Tuning es una metodología internacionalmente reconocida, una herramienta construida por las universidades para las universidades, un instrumento que permite pensar que el Espacio de Educación Superior Europeo puede ser una realidad más cercana.²⁷

María Isabel Rodríguez es una de las informantes claves que más profundizó sobre la influencia del informe Flexner en los programas de formación de médicos en América Latina y en este caso específico en El Salvador. Considerando que “los cambios ocurridos en un buen número de escuelas latinoamericanas sobre todo a partir de 1950 en lo relativo a los campos biológico básico y clínico repiten los postulados y contenido del modelo resultante de las recomendaciones derivadas del informe Flexner en Estados Unidos. Para un buen número de escuelas latinoamericanas, la introducción de éste modelo representó la oportunidad para la incorporación y modernización de las ciencias básicas preclínicas, contribuyó a la formación de docentes especializados y promovió en ocasiones el desarrollo de una infraestructura biomédica y la creación y fortalecimiento de unidades de apoyo para todo el proceso de enseñanza, como fue la creación de las bibliotecas médicas, pero que este modelo de ninguna forma contribuyó a favorecer una visión integral del hombre”

SUCESOS RELEVANTES EN LA HISTORIA.

La primera universidad privada surge cuando un grupo de padres de familia católicos se acercó al Gobierno en 1965, con la intención de fundar una universidad alternativa que respondiera a sus inquietudes conservadoras, en vista que la Universidad de El Salvador era

²⁷ TUNING AMÉRICA LATINA. <http://www.tuningal.org/es/proyecto-tuning/objetivo>

considerada por la clase pudiente de aquel entonces como un recinto de la izquierda política, criticada por esta clase además aduciendo una deficiente calidad académica y limitaciones para atender la creciente demanda de la educación media. Es por ello que el Gobierno de turno que se situaba con una óptica anticomunista estuvo de acuerdo en apoyar dicha iniciativa, siendo así como se aprobó una tímida Ley de Universidades Privadas con escasos trece artículos el 24 de Marzo de 1965, por Decreto Legislativo N° 244 (Diario O.,1965), al amparo de la cual, el 13 de septiembre de 1965 se publicó en el Diario Oficial los Estatutos de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” UCA, iniciando clases el 15 de septiembre en locales de la Iglesia de María Inmaculada, conocida como Iglesia Don Rúa, con trescientos cincuenta y siete estudiantes.²⁸

Durante julio-agosto de 1969 se declara la guerra contra Honduras, y por lo que fueron enviados algunos médicos, internos y residentes al frente de batalla, para apoyar en materia de salud a los heridos.

Para los años 70's, abre sus puertas el nuevo edificio del Hospital de Niños Benjamín Bloom. Durante esa década se iniciaron los cursos de postgrado en pediatría, que alcanzaron gran fama a nivel nacional y centroamericano. Los acontecimientos socio-políticos del país obligaron a suspender temporalmente dichos cursos.²⁹

En 1971 La Facultad de Medicina logra su traslado definitivo al campus universitario a una nueva edificación de 6 niveles, que fue una de las obras más importantes de aquella época, durante el decanato de la Dra. María Isabel Rodríguez y bajo la rectoría del Arquitecto Gonzalo Yanes Díaz. En la década de los 70, surgen otras tres universidades privadas más; que serían autorizadas como efecto generado por las condiciones sociales imperantes. La universidad Albert Einstein se legaliza en 1977 después de luchar por su aprobación desde 1973, año en que se había constituido como respuesta a la frustración estudiantil especialmente del área de ingeniería, por los efectos del cierre de la universidad de El Salvador en 1972.

La universidad Dr. José Matías Delgado surge a la vida académica en 1977, como respuesta de un grupo de profesionales de clase acomodada para contribuir efectivamente a

²⁸ INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000.

<http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo>.

²⁹ ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE EL SALVADOR, Historia. <http://asopedes.org.sv/organizacion-/historia.aspx>

cambiar el marco de amenazas a la libertad . Finalmente en 1979 un grupo de profesionales de la Universidad de El Salvador preocupados por las condiciones de inseguridad para el desempeño de la docencia logran conjugar esfuerzos con otros profesionales externos para fundar la universidad Politécnica de El Salvador.

La vigencia de la Ley de Universidades Privadas constituía un marco legal totalmente vulnerable y proclive a la manipulación de los funcionarios de turno, siendo así como en la década de los ochenta surgen veintinueve universidades más.³⁰

Periodo de preguerra, guerra civil y post guerra inmediata en El Salvador (1975 a 1996).

En los años setenta la situación política y social que se vivía en el país era muy difícil, sobre todo para los estudiantes de la universidad de El Salvador que aspiraban a ser médicos o farmacéuticos, estos veían truncadas sus ambiciones ante los múltiples problemas: el aumento de un año de bachillerato, la entrada masiva de estudiantes a la facultad, la politización de la educación, la renuncia de excelentes profesores, intervenciones militares a la universidad, y sobre todo ciclos de estudios prolongados, en especial por la presión del estudiantado que había tomado poder a través del apoyo de organizaciones estudiantiles. Todos aquellos que deseaban estudiar medicina tenían como única esperanza continuar en la Universidad de El Salvador. Es así como en los años ochenta surgen las primeras cuatro universidades privadas con facultades de medicina; con el objetivo de brindar formación a la juventud que no estaba dispuesta a continuar en la Universidad de El Salvador; estas universidades con facultad de medicina fueron:

- ✓ Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer (USAM)
- ✓ Universidad Evangélica de El Salvador (UEES)
- ✓ Universidad Nueva San Salvador (UNSSA)
- ✓ Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA)³⁰

Los antecedentes mencionados posibilitaron una nueva visión universitaria bajo la luz del oportunismo; gran cantidad de estudiantes en la diáspora y padres de familia preocupados que permitió que se creara un nuevo mercado para grupos de dirigentes universitarios que actuaron bajo la filosofía “el que paga aprueba”; así surgieron muchas universidades y centros de estudios superiores sin las condiciones mínimas para generar vida universitaria y

³⁰ INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000.
<http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>

sin un espacio adecuado para reflexionar y aprender, dando origen a un gran número de profesores hora-clase que constituyeron el nuevo arquetipo de docente universitario.³⁰

De 1978 a 1979 se genera una demanda laboral debido a problemas económicos y aumento de plazas y remuneraciones. Huelga de internos que hizo que el número de plazas aumentara pero la selección al parecer no fue la más adecuada. Los médicos en año social sustituyeron a los médicos internos que se habían ido a la huelga y debido a que estas plazas eran en los hospitales escuela, estos sustitutos iniciaron su desempeño como pre residentes, y estos posteriormente tenían entrada directa al residentado, sin hacer el proceso que rutinariamente se hacía en condiciones normales; es por ello que fueron acreedores del título “Los Mercenarios”, debido a que se habían aprovechado de las condiciones para integrarse directamente a la vida hospitalaria, luego de la crisis presentada por la huelga.

Debido al impacto de la guerra civil en El Salvador en las residencias médicas se evidenciaron marcados retrasos académicos, disminución del número de residentes y desapegos del área académica por la meramente asistencial.

Algunos médicos en esa época se unieron al frente de guerra, por lo que se evidenció una disminución de los niveles de formación básicos. Los servicios brindados en los centros hospitalarios se centraron principalmente a la atención de traumas, eran prácticamente hospitales de batalla, hubo un cambio en la mortalidad según riesgo, presentándose además una desaceleración académica y algo muy importante que se debe tomar en cuenta es la mención de la transformación en la actitud y valores de los residentes.

Durante el año de 1980 se reorganiza el nuevo Hospital Militar iniciando un plan de residentado debido a la necesidad creada por el conflicto armado donde lo que se atendía fundamentalmente eran traumas o lesiones de guerra; por eso surge la contratación de cuarenta médicos ex residentes que provenían de hospitales: Rosales y del Seguro Social.

En el ISSS, durante el año de 1982 surgen especialidades como: anestesiología, ortopedia, urología, como necesidades de formar especialistas que respondieran a los requerimientos del país y que no tenían posibilidad de becas, al igual que en el Hospital Nacional Rosales surgen algunas subespecialidades.³¹

Se realiza un cierre de la especialidad de medicina familiar en los años 80 y 90 por parte de autoridades del ISSS, debido al conflicto armado.

³¹ MOISA, CARLOS FRANCISCO DR. ,Escaneado editorial Anales del ISSS 1980

En el año de 1983 se elaboró el diagnóstico de salud correspondiente a los años 1979-1982 para ser tomado como documento de referencia para programar las actividades del Ministerio de Salud. El terremoto del 10 de Octubre de 1986 dañó el 80% de la infraestructura de los establecimientos hospitalarios del Ministerio e incluidos los establecimientos privados, se atendió la emergencia a través de la red de establecimientos del sistema nacional y en instalaciones improvisadas en área metropolitana.

Debido al terremoto del 10 de octubre de 1986, se evidenció en el ISSS cambios sustanciales debido a la pérdida de archivos de residentes y al surgimiento del hospital Médico Quirúrgico, ya que el hospital general sufrió daños considerables y por ello que se trasladó con el personal, equipo y pacientes a las instalaciones del hospital médico quirúrgico y al espacio habilitado como hospital de especialidades del hospital Rosales.

En 1988 se ofreció servicios en salud en 342 establecimientos, disminuyó el número de establecimientos cerrados por el conflicto armado a 34. El 16 de Agosto de 1989 aparece el primer caso de cólera en el país y se inicia campaña contra el cólera y cloración del agua.

En 1989- 1990 se determina la necesidad de crear una descentralización efectiva de la atención a los pacientes creándose los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y se coordinan acciones y actividades con las diferentes instituciones pertenecientes al sector (ISSS, ANTEL, Sanidad Militar, etc.)³²

En los 90's se hace un cierre de programa de residencias del ISSS en Santa Ana y San Miguel debido a una evaluación del programa del Seguro Social planteo la recomendación que se hiciera una concentración de las residencias médicas en San Salvador.³³

LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR

El Ministerio de Salud definió su política nacional de salud y su proyecto de Reforma.

Objetivo de la Política de Salud

El objetivo en materia de salud ha sido garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; un

³² MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>

³³ MOISA, CARLOS FRANCISCO DR. Escaneado editorial Anales del ISSS 1980.

ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.³⁴

El concepto de Reforma de Salud no explica por sí mismo su contenido. Los procesos de cambio en el sistema de salud pueden ser regresivos o progresivos. El sólo hecho de propugnar por un cambio no implica necesariamente la dirección del mismo.

El primer nivel de atención está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS-E). Este primer nivel de atención debe tener las condiciones para resolver los problemas de salud que se presentan en la comunidad y los que no se puedan resolver serán referidos al nivel adecuado, con su posterior seguimiento a nivel local por los equipos comunitarios.³⁴

La puesta en funcionamiento del nuevo modelo de atención basado en las RIISS supone también la redefinición de la estructura hospitalaria buscando la mayor resolutivez posible de acuerdo a cada nivel. Durante el quinquenio se proyectó que el segundo nivel atienda las cuatro especialidades básicas (pediatría, cirugía, medicina interna, y obstetricia y ginecología), además de las especialidades prevalentes en cada área geográfica. Trabajar en RIISS requiere definir, de acuerdo al perfil epidemiológico y área geográfica, el conjunto de prestaciones que brindarán los hospitales. De manera similar, los tres hospitales de tercer nivel deberán asegurar la resolución, mediante consultas, ingresos y cirugías, de los problemas más complejos. Esto conlleva la necesidad de fortalecer con equipo y recurso humano necesario y suficiente para prestar la atención adecuada.³⁵

Durante el proceso de Reforma de Salud hasta marzo de 2013 se han instalado 517 Equipos Comunitarios de Salud Familiar de los cuales 481 son Ecos Familiares y 36 Ecos Especializados, distribuidos en 164 municipios, que representan el 62.6% del país, dentro de ellos: 100 municipios pertenecen al Programa: Comunidades Solidarias Rurales, 14 Comunidades Solidarias Urbanas, 9 de Territorios de Progreso y 41 municipios clasificados de alta prevalencia en desnutrición; atendiendo a 1, 894,866 personas, correspondientes a 377,483 familias.

³⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Construyendo La Esperanza, Estrategias y recomendaciones en Salud, 2009-2014

³⁵ MINISTERIO DE SALUD, informe de labores, 2010-2011

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO:

Se desarrolló un estudio de tipo exploratorio, descriptivo, cuali-cuantitativo. Esto es debido a que en nuestro país no existe suficiente documentación e información sistematizada sobre las residencias médicas y para el equipo investigador ha significado un verdadero reto la recopilación de información relacionada con las residencias médicas.

2. POBLACIÓN:

En el caso de los médicos residentes el universo contemplado fue 525 residentes, pero además se tomaron en cuenta informantes claves u otros informantes claves que se detallan a continuación:

Informantes claves:

-Médicas y médicos graduados con reconocimiento histórico en el país: que hayan cursado residencias de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría y medicina familiar;

-Médicos residentes que actualmente cursen una de las especialidades en estudio.

Otros Informantes Claves:

-Actores claves en el proceso de las residencias médicas o vinculadas con alguna institución formadora.

-Autoridades durante el proceso de la implementación de la reforma de salud.

-Jefes de la Unidades de Formación Profesional.

-Jefes de las Unidades de Recursos Humanos de los hospitales.

3. MUESTRA:

Para médicos residentes se realizó un cálculo de muestra aleatoria simple, dado que los números de residentes por año y especialidad son bastante similares año con año.

- Con un margen de error de 3%, se calculo la muestra con un total de 352 residentes (se trato equilibrar porcentaje por año y especialidad).
- En el caso del ISSS, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, la muestra fue de 118.

Esta muestra fue tomada de todos los hospitales a excepción de: Hospital Primero de Mayo, Policlínico Arce y Hospital Regional de Sonsonate, todos pertenecientes al ISSS.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser un actor relevante en el proceso de formación de los residentes.
- Profesional vinculado con las residencias médicas antes del actual proceso de reforma. (para el componente histórico)
- Ser participe en la elaboración y ejecución de la reforma de salud.
- Ser jefe de unidad de formación profesional.
- Ser jefe de unidad de recursos humanos.
- Consentimiento informado.
- Ser actor vinculado con el sector formador.
- Estar cursando la residencia médica al momento de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Agendas de los funcionarios que no les permita participar.
- No tener ninguna vinculación con las residencias médicas o proceso de reforma.
- Actor tenga alguna enfermedad que imposibilite la entrevista.
- Actor que se encuentren en el extranjero.
- Que no quiera ser participar o ser incluido en el estudio.

5. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Las residencias médicas en las especialidades de medicina interna, pediatría, psiquiatría, gineco-obstetricia, medicina familiar y cirugía general del Sistema Nacional de Salud.

6. VARIABLES / DESCRIPTORES

- *Componente histórico de las residencias:* Factores políticos y sociales vinculados
- *Situación Actual:*
 - Regulatorio: acreditación de las residencias.
 - Aspectos cuantitativos: oferta y demanda.
 - Aspectos formativos: percepciones de los residentes.
- *Reforma de Salud:* percepciones de informantes claves

7. TÉCNICAS

- Entrevistas semiestructuradas para actores claves
- Cuestionario para informantes claves (médicos residentes)
- Observación del ambiente laboral.
- Revisión bibliográfica.

INSTRUMENTOS

- • Guía de entrevista semiestructurada
- • Guía de cuestionario.
- • Guía de revisión bibliográfica. (Según normas de Vancouver)

8.FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarias:

- ✓ Médicos y médicas graduados de las diferentes especialidades médicas básicas.
- ✓ Médicos y médicas cursando actualmente las residencias médicas en los hospitales en estudio.
- ✓ Administración académica de las universidades formadoras de residencias médicas.
- ✓ Jefes de unidades médicas de docencia,
- ✓ Jefes de unidades de formación profesional del hospital.
- ✓ Jefaturas de recursos humanos de cada hospital
- ✓ Direcciones del nivel superior del Ministerio de Salud

Secundarias:

- ✓ Documentos en los hospitales, universidades etc.
- ✓ Documentos de trabajos de investigaciones anteriores.
- ✓ Revisión bibliográfica
- ✓ Bases de datos de las unidades de recursos humanos de los diferentes establecimientos.

9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diversos establecimientos (colegio médico, biblioteca de OPS, biblioteca de Hospital General del ISSS, entre otros) e Internet en aras de ampliar la información existente sobre las residencias médicas en El Salvador.

Fases:

- 1) Revisión bibliográfica
- 2) Recopilación de datos en las diferentes instituciones vinculadas con los programas de residencias.
- 3) Entrevista a profundidad a informantes claves sobre la evolución histórica de las residencias médicas.
- 4) Entrevista a profundidad a informantes claves del Sistema Nacional de Salud, sobre las residencias médicas y la reforma de salud.
- 5) Encuestas a residentes del Sistema Nacional de Salud.

El equipo investigador realizó la validación con informantes claves previo a la reproducción de los diferentes instrumentos. Posteriormente se desarrolló una planificación de entrevistas con diferentes horarios de acuerdo a la disponibilidad del tiempo de los entrevistados; en el caso de los actores claves se realizó con previa cita telefónica, verbal o por medios electrónicos.

Se digitó la información e hicimos uso de tablas dinámicas para la presentación de los resultados.

10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información recolectada y procesada, se realizó la técnica de la red causal, se utilizó el método comparativo con estudios a nivel nacional e internacional.

V. RESULTADOS

Los resultados se han dividido de acuerdo a los objetivos específicos planteados en el estudio, es por ello se inicia describiendo el desarrollo de las residencias médicas en El Salvador desde su creación hasta la actualidad, como se detalla a continuación:

CREACIÓN DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

El objetivo de la creación de las residencias médicas en El Salvador fue orientado a brindar una formación académica, más que para la creación de plazas o por contar con insuficiente personal en los servicios, a la vez se buscaba mejorar la atención y calidad así como dar continuidad a la atención de 24 horas en los centros asistenciales considerados como hospitales escuela o de formación de postgrado. Esto nace como una oportunidad a los médicos generales de especializarse, dar mayor cobertura a nivel nacional ya que se tenía una pobre distribución de especialistas.

El trabajo del médico residente en el diario vivir es percibido como personal en proceso de formación académica pero algunos médicos actualmente opinan que su papel se ha limitado a sacar el trabajo e inclusive mencionan que para ciertos sistemas han sido considerados como mano de obra barata; sin embargo la mayoría estiman que el médico debe de ser calificado como becario con funciones académicas y asistenciales.

La Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES), la única escuela médica del país en ese entonces, no tuvo participación formal en el establecimiento del Residentado Médico, tomando en cuenta que muchos de los médicos de los hospitales eran parte del cuerpo docente de la Universidad de El Salvador y se amparaban en ese vínculo laboral lo que podría haber limitado el establecer una relación mejor establecida como el binomio Universidad-hospital. Los programas de entrenamiento que empezaron a delinearse para transformar a los médicos generales en especialistas, estuvieron a cargo principalmente de los Jefes de Servicio de los Hospitales, quienes en su mayoría eran también profesores de la facultad de medicina, y también descansaba ciertas responsabilidades académicas en los Jefes de Residentes. Es a partir de 1958 que la Facultad de medicina participa en el desarrollo del programa de residencias médicas, con los hospitales del Centro Médico Nacional - UES.

En noviembre de 1961 la Dra. María Isabel Rodríguez en el III Congreso Centroamericano de cardiología sobre la formación de los médicos enfatizó: “Nuestros países aún no están preparados para resolver este problema y estamos obligados a trabajar seriamente en incrementar el número, pero también la calidad de médicos que estamos necesitando. Pero la reforma necesaria para incrementar la cantidad y la calidad de trabajadores de la medicina, solo podrá lograrse desarrollando programas de entrenamiento capaces no solo de educar estudiantes que van a convertirse en médicos, sino también de formar profesorado y personal de investigación, al lado de los cuales la función creativa del estudiante pueda desarrollarse”

Durante los años de 1958 a 1969 , cuando en el Alma Máter (Universidad de El Salvador) nombró una Comisión para elaborar un nuevo Plan de estudios para la Escuela de Medicina, coincidió con la departamentalización de las áreas médicas en el Hospital Rosales, dejando de ser servicios médicos independientes para volverse servicios coordinados por una jefatura de departamento.

El Dr. Palacios (Gastroenterólogo), quien tenía todos los atributos para poder llevar ese cargo, quedando nombrado por unanimidad durante el proceso de selección; fungió como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Rosales de 1958 a 1962 teniendo el honor de ser el **PRIMER JEFE DE DEPARTAMENTO**. En estos esfuerzos se destaca la participación del Dr. Juan José Fernández, y otros que le dieron un giro a la vida hospitalaria, siguiendo una nueva corriente emergente de Norteamérica, que fue haciendo que se cambiara el enfoque meramente Europeo, que tenía la mayor influencia de la escuela Francesa. Para esa misma época, un equipo de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (1958), hicieron algunos intentos por organizar un Plan de Residencias coincidiendo con la organización de los Departamentos Clínicos de la Facultad de Medicina en los Hospitales Rosales, Bloom y de Maternidad como un esfuerzo por proporcionar a los médicos graduados, educación superior sin tener que viajar a otro país.

Se elaboraron programas en las especialidades médico-quirúrgicas, obstétricas y pediátricas, debidamente complementadas por los departamentos clínicos correspondientes recién formados ya que cada vez se era más difícil ir al extranjero para obtener otro tipo de especialidades o como se conocen comúnmente como una sub especialización.

Durante los años de 1958 a 1969 en la llamada “Época de Oro de la Medicina”, cuando en el Alma Máter (Universidad de El Salvador) nombró una Comisión para elaborar un nuevo Plan de estudios para la Escuela de Medicina, coincidió con la departamentalización de las áreas médicas en el Hospital Rosales, dejando de ser servicios médicos independientes para volverse servicios coordinados por una jefatura de departamento.

Es en el año de 1962 que se crean las residencias médicas hospitalarias, abriéndose plazas en cardiología, oftalmología, otorrinolaringología, radiología, urología y traumatología en el hospital Rosales, el principal centro médico-quirúrgico del Ministerio de Salud en la capital de la República, que con maternidad y el hospital pediátrico Benjamín Bloom, conforman el Centro Médico Nacional. Al inicio no existía un programa de Residentes, por lo que contaba con la ayuda de médicos internos es decir profesionales recién graduados que efectuaban pasantías de un año.

Las primeras normas y reglamentos nacen sin un verdadero reconocimiento universitario en los años 60’s, siendo cada departamento o área específica quienes crean sus propios documentos y normativas para su respectivo funcionamiento.

Fue así como en 1962, se aprueba el inicio de la Residencia de Medicina Interna, con el primer grupo de Residentes que fueron tanto aspirantes de Medicina como de Cirugía en el caso del Hospital Rosales, siendo escogidos entre los Externos e Internos que rotaron en ese año por destacarse académicamente.

El primer Instructivo para Residentes y Jefes de Residentes fue elaborado en 1962 por el Dr. Juan José Fernández donde los objetivos fundamentales del programa eran «adquirir destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana» para mantener el más alto grado de eficiencia en el cuidado asistencial de los pacientes.

Entre las disposiciones generales están:

- 1- Los Residentes tenían que hacer una serie de rotaciones por las salas de medicina, servicios de especialidades y consulta de Medicina Interna.
- 2- El cuerpo de Residentes será responsable de hacer turnos de guardia durante las noches y fines de semana, para atender el servicio de Emergencia y las salas de Medicina.
- 3- El cuerpo de Residentes trabajara en estrecha colaboración con los programas docentes del Departamento de Medicina de la Escuela de Medicina.

El primer cuadro de Residentes en el hospital Nacional Rosales fue:

- Jefe de Residentes: Dr. Fernando Villalobos que aceptó siendo ya médico agregado.

Residentes: Dra. Alicia Rivera de Cepeda

Dr. Mauricio Maestre Muguza

Dra. Celia Cristina Osorio (hoy de Salazar)

Dr. Javier Rojas Hernández

Asistente de Residentes: Dra. María Julia Castillo

Dra. Dora Cardoza Paz

Dr. Ricardo Suarez Arana

Dr. José Rodolfo Paniagua Pineda

En 1963 es cuando se establece formalmente la jefatura de residentes, la cual exigía que el jefe permaneciera en el hospital, sobre todo los días de turno, Es aquí que inició la residencia que era de dos años, la plaza iniciaba el 1 de junio de cada año.

Según relato del Dr. Jorge Bustamante, en los años 60 comenzó a circular entre el gremio médico el rumor de que había una sociedad secreta de colegas que se dio en llamar el «Súper Grupo». Había sido fundado por el Dr. Arturo Romero con el fin de mejorar el aprendizaje y la práctica de la medicina. El era un hombre honorable y muy dedicado al ejercicio de la medicina interna, pensando en hacer de nuestro país una nación democrática, con libertad, igualdad y fraternidad. Un día un miembro de ese grupo se le acercó al Dr. Bustamante y le preguntó si estaba dispuesto a formar parte de ese grupo ya que lo habían estudiado y querían que fuera parte de ellos. Lo llevaron vendado a una casa, que resultó ser del Dr. Salvador Infante Díaz, estando presentes los doctores Narciso Díaz Bazán, Carlos Pérez Cotera, Gregorio Avila Agacio, Víctor Manuel Esquivel, Rubén Dárdano, Max Bloch, Mauricio Ponce, Ricardo Quezada, Julio Zamora, Juan José Fernández, Benjamín Mancía, Roberto Bracamonte, Alberto Viale, Dymas Funes Hartman y Rómulo Colindres. Se juró que nunca se revelarían los nombres. Luego se dio cuenta que los fines no tenían nada de altruistas ni de ideales, se convirtió en un grupo de poder que presentaba candidatos a cargos públicos y privados como era proponer Ministros de Salud, miembros junta de vigilancia de profesión médica, presidente del colegio médico etc. A raíz de la departamentalización de los servicios de Cirugía y de Medicina, el « Super Grupo» voto porque el Maestro Vásquez continuara como Jefe del Departamento, pero que

el Director de Enseñanza iba a ser el Dr. Juan José Fernández. El Dr. Bustamante no estuvo de acuerdo con la propuesta, ni con la del candidato del Departamento de Cirugía por lo que se «empezaron a disgustar con mi posición y empezaron a tratar de eliminarme de la Jefatura del Servicio del Hospital de Maternidad», lo cual lograron.

El Dr. Bustamante hizo ver a los internos, que en lugar de servir solamente de «secretarios» de los médicos encargados de la consulta externa y de las visitas de los diferentes servicios, deberían de responder por el prenatal y de las indicaciones de las pacientes hospitalizadas, bajo la estrecha supervisión de los residentes, agregados y jefes de Servicio. Por esta razón se le implicó que apoyó la huelga de internos de esa época.

Durante 1969 se intentó reformar la enseñanza de algunos programas impartidos a los internos y residentes, con el objeto de tener más participación en los procedimientos, en ese entonces funcionaba la unidad de Medicina en “La Rotonda”, se anuncia la huelga de internos del hospital de Maternidad, públicamente apoyada por el Dr. Jorge Bustamante, Vicedecano de la Facultad y Jefe del Departamento de ginecología del mismo hospital. Pronto fueron seguidos por los internos y los residentes de los hospitales Rosales y Bloom (Centro Médicos Nacional) en demanda de aumento salarial”, terminando con la destitución del Sr. Ministro Salvador Infante.

Durante 1968 se dio la Primera Asamblea del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, siendo el Director el Doctor José Kuri Asprides y se recomendó la creación del Departamento de Enseñanza y Promoción científica, estudiando la posibilidad de un nuevo programa de Residencias. En 1969 se hizo la Segunda Asamblea donde se trabajó intensamente para la revisión de los perfiles profesionales.

La atención médica del hospital recae en gran parte sobre la residencia; su creación y reglamentación se hace impostergable, ello redundaría en una pronta y correcta atención a los enfermos en su primer contacto con el hospital, sumado además el hecho de que, al ser vigilados y guiados por los especialistas, caerían dentro del Plan de enseñanzas terminando al final de un tiempo estipulado y previa comprobación de su competencia, etc., en un diplomado en la especialidad correspondiente.

Sería quizás fácil si esta necesidad se tornara a resolver lo antes posible. El tomar residentes a especializarse de los actuales internos según inclinaciones y deseos hacia una especialidad dada, aunando naturalmente una observación cuidadosa de parte de los jefes de esta

inclinación, del espíritu de trabajo, conducta, competencia, etc., demostrada en los anteriores años de labor dentro y fuera de la institución.

Es impostergable la creación de reglamentos a la actual reorganización del departamento en sus diferentes especialidades, para que sean estos los que normen la mejor forma del desarrollo de sus actividades, enmarcado dentro de un número de horas trabajo cumplir.

Dicha reglamentación comprenderá igualmente al servicio de emergencia, que estando en la actualidad desempeñado por médicos denominados “internos”, no cuentan con la organización adecuada, ni de un plan de enseñanza dentro de sus funciones, a pesar de que debería ser núcleo formado por estos residentes debidamente preparados de donde el Instituto debería obtener gran parte del personal futuro. Además esta falta de reglamento es igualmente la causa de privar a los Jefes de jerarquías necesarias para hacer cumplir el orden y la disciplina en las funciones encomendadas.

En 1970 se organiza la III asamblea médica del ISSS, donde se obtienen conclusiones y recomendaciones de la mesa redonda sobre “el programa de residencias del ISSS” responsables el Departamento de Enseñanza, Promoción y auditoría del ISSS, Doctores Ricardo Suárez Arana, Alejandro Gamero Orellana y José Isaías Mayen: se deja plasmada la recomendación el establecimiento de un programa de residencias en cirugía, medicina y Ginecología y obstetricia y que en un futuro extenderse a otras especialidades. Se considera a la Gineco-obstetricia, como una verdadera especialidad y no como se encontraba que se incluía en la medicina general.

Número de residentes mayor según lo presentado por los jefes de enseñanza de cada departamento, con el objeto de evitar el exceso de trabajo únicamente asistencial. Además de que los salarios sean adecuados para el cargo de residente, procurando ser iguales o mejores a los pagados por el Centro Médico Nacional. Debe resolverse la situación de los residentes actuales.

En 1971 se celebra la IV asamblea médica y se discute un nuevo programa de residencias médicas y es en 1972, en la V asamblea médica ISSS, que la recomendación fue estar preparados para la elaboración de programas que tienen a incrementar el aspecto de medicina familiar dentro de la institución.

El Dr. Juan José Arce hizo una revisión del programa de residentes para mejorar la calidad de ellos y se decidió prolongar el residentado a tres años.

Durante Julio de 1972 se hizo la intervención Militar en la Universidad de El Salvador, llevando con ello a un cese de actividades académicas por un período prolongado.

En 1974 se inicia oficialmente el Programa de Residentes en Pediatría en El Salvador, con un primordial objetivo, preparar pediatras aquí en el país, principalmente debido a la dificultad de salir al extranjero a especializarse.

El desarrollo del programa de residencias médicas y su acreditación legal, se basó en los artículos 87 y 88 del reglamento general de la Facultad de medicina aprobado en 1977, de acuerdo con el reglamento, el Rector de la Universidad de El Salvador y el Decano de la Facultad de Medicina firmarían diplomas o certificados de los especialistas que aprobaran los programas establecidos por la universidad.

De 1978 a 1979 se genera una demanda laboral debido a problemas económicos y aumento de plazas y remuneraciones. Huelga de internos que hizo que el número de plazas aumentara pero la selección al parecer no fue la más adecuada. Los médicos en año social sustituyeron a los médicos internos que se habían ido a la huelga y debido a que estas plazas eran en los hospitales escuela, estos sustitutos iniciaron su desempeño como pre residentes, y estos posteriormente tenían entrada directa al residentado, sin hacer el proceso que rutinariamente se hacía en condiciones normales; es por ello que fueron acreedores del título “Los Mercenarios”, debido a que se habían aprovechado de las condiciones para integrarse directamente a la vida hospitalaria, luego de la crisis presentada por la huelga.

Debido al impacto de la guerra civil en El Salvador en las residencias médicas se evidenciaron marcados retrasos académicos, disminución del número de residentes y desapegos del área académica por la meramente asistencial.

A partir de 1979, los acontecimientos socio-político y económicos (la guerra civil) comienzan a incidir en todo aspecto de la vida nacional en todos los hospitales. Comienza un decaimiento en todas las actividades y principalmente la fuga de personal calificado debido a su unión a diferentes grupos en conflicto o a la emigración debido al caos que se iniciaba a nivel de país.

En 1980 los programas de docencia del ISSS se analizan y en base a esto se consideró re estructurarlo y diseñar nuevos, orientados a la formación de especialistas de Atención Primaria en Salud; pero fue el consejo directivo, quien dio la aprobación. A partir 1981 los programas de docencia son perpendiculares y no piramidales como se encontraban. Se

requirió que cada especialidad tuviera un Plan de Estudios redactado de acuerdo a objetivos educacionales establecidos a priori y por niveles académicos de formación.

Se creó las especialidades de medicina familiar y medicina general; la primera se desarrolló en el centro médico del ISSS y la segunda en los Hospitales Regionales de Santa Ana, Sonsonate y San Miguel.

Estas especialidades permitían a la Institución contar a mediano plazo con el tipo médico que puede funcionar mejor y dar una atención de salud más acorde a las necesidades de los derecho-habientes en áreas alejadas del centro médico y de los hospitales regionales.

También se autoriza para 1981 la formación de otras especialidades médicas, respondiendo así a las necesidades de la institución en estas áreas: Radiología diagnóstica, Patología general, Anestesiología, Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología y Neurocirugía.

En Cardiología cabe el honor a la Dra. Alicia de Cepeda y al Dr. Ricardo Suárez Arana de iniciar el programa, formando a los doctores Alfredo Cruz García, Mauricio Rubio Márquez, Napoleón Arce, Hugo Villarroel, y otros. Con la formación de estas áreas se liberaban de la necesidad de enviar personal médico a formarse en instituciones extranjeras, aliviando significativamente la inversión económica necesaria para dicha formación.

Cabe mencionar que hasta 1991 todos los psiquiatras salvadoreños eran formados en el extranjero, principalmente en países europeos. En 1989 el Dr. Miguel Fortín Magaña y el Dr. Francisco Paniagua forman el primer programa de especialización psiquiátrica en el país al desarrollar un programa de residencia en el Hospital Psiquiátrico del ISSS. Este programa es el que, con el tiempo, habría de dar la mayor cantidad de especialistas en El Salvador. Los primeros psiquiatras graduados del programa fueron los doctores Guadalupe de Garay, Otto Moisés Castro y José María Sifontes.

En noviembre de 1992, que la Asamblea Legislativa aprueba la “Tabla de Ingresos por Derechos” que cobraría el Consejo Superior de Salud Pública; a partir de esa fecha le permite contar con nuevas fuentes de ingresos para su funcionamiento, fortaleciendo de esa forma sus unidades organizativas.

En 1996, gracias al ahorro sostenido desde la entrada en vigencia del decreto antes mencionado, se pudo adquirir el edificio que actualmente alberga las oficinas administrativas y sus siete juntas de vigilancia.

Durante esta época El Salvador recupero los roles históricos-nacionales con el nuevo marco legal en la educación superior, el Ministerio de Educación se transforma en un orientador en el logro de la calidad a través del Sistema de Supervisión y Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior diseñado en parte desde 1996, durante el primer año del decanato del Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos al frente de la facultad de medicina de la Universidad de El Salvador, posterior al señalamiento de una sensación de irregularidad académicas de avalar diplomas de recursos sin contar con programas compartidos entre los hospitales escuela y la Universidad de El Salvador que de manera prácticamente tradicional plasmaba la firma que avalaba por medio de diplomas el curso de residencias médicas. Es por esa irregularidad que se plantea la necesidad de crear comisiones que se dedicaran a revisar detalladamente el tema de residencias médicas, constando de tres etapas principales: calificación, evaluación y acreditación. A partir de la implementación de este Sistema las universidades comprendieron mejor las responsabilidades de hacer docencia de calidad, investigación responsable y proyección social, todas en un marco definido de observación, información pública responsable y reconocimiento social.

El sistema de supervisión y mejoramiento de la calidad de las instituciones de Educación Superior, fue creado por Acuerdo Ejecutivo No. 15-1642 del 11 de junio de 1997 emitido por el Ministerio de Educación (MINED). Este Sistema, cuenta con tres Subsistemas: Calificación, Evaluación y Acreditación; los dos primeros son de observancia obligatoria por parte de las Instituciones de Educación Superior IES, mientras que el de Acreditación es completamente voluntario.

Con relación a la residencia en pediatría, el programa metropolitano de post grado en pediatría, contó con la participación de hospitales que realizaron convenios con el HNNBB para rotación de médicos pediatras en formación, siendo ellos el Hospital Militar, Hospital San Rafael y el Hospital Zacamil.

Durante 1998 al revisar la situación de la región en relación al tema de las residencias médicas, María Isabel Rodríguez presentó los siguientes datos:

Especialidades médicas registradas como postgrados en países miembros del Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA)	
Universidad San Carlos de Guatemala	12
Universidad Autónoma de Honduras	5
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua	14
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León	6
Universidad de Costa Rica	41
Universidad de El Salvador	0

Considerando por ello que El Salvador era uno de los países de la región con mayor rezago en el campo del reconocimiento (particularmente educativo), la regulación, acreditación y certificación profesional, pero se dispone de una amplia experiencia e iniciativas para enfrentar la problemática.

El Hospital Dr. José Antonio Saldaña se convirtió en una institución pionera dentro del SIBASI sur al iniciar el programa de residencia de medicina familiar en enero del 2000.

En el año 2000, el país se encontró en un momento histórico ante un planteamiento de reforma del sector salud de ese entonces; ya que reconoció la necesidad de realizar esfuerzos conjuntos destinados a mejorar la salud del país, por lo que surgen los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) cuyo objetivo planteaba fortalecer el primer nivel de atención, de esta forma, se pretendió brindar a la población salvadoreña una atención racional, equitativa y eficaz.

En el caso de El Salvador, solamente son reconocidas oficialmente 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 en proceso consenso 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.

PERCEPCIÓN DE ACTORES CLAVES SOBRE EVOLUCIÓN DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.

Dado el amplio conocimiento y vasta experiencia de ciertos personajes que estuvieron en diferentes campos a lo largo de la evolución de las residencias médicas, considerándolas desde su implementación en El Salvador, fue una riqueza que quisimos explorar con relación a las diferentes experiencias vividas en el marco de las residencias médicas. A la vez se intentó conocer la percepción en relación al funcionamiento actual de las residencias médicas.

Tabla 1. Objetivo de la creación de las residencias medicas.

Al preguntar a los diferentes informantes claves sobre cuál fue el motivo de inicio de las residencias en El Salvador en su mayoría 70% indican que está orientado a brindar una formación académica, seguido del 22% con respuestas orientadas a la calidad de la atención y solo 7% que la razón fue al insuficiente personal en los servicios.

Objetivo de creación de residencias	Total	Fr
Crear nuevas plazas de trabajo	2	7%
Debido al insuficiente personal en los servicios	6	22%
Orientado a brindar una formación académica	19	71%
Total	27	100%

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 2. El Papel del residente en los centros hospitalarios.

Al preguntar el papel de residente en el quehacer diario de los hospitales la mayoría (74%) de los informantes claves opinan que es un profesional en un proceso de formación académica, seguidos del 22% que considera que es un personal que saca trabajo.

papel del residente en el quehacer diario de los hospitales	Total	Fr
Sacar Trabajo	06	22%
Profesional en un proceso de formación académica	20	74%
Un trabajador mas sin mayor compromiso académico	1	4%
Otro (muchas existe un divorcio marco legal académico que el hospital no es formador solo asistencial, dualidad de trabajador y estudiante)		
	27	100%

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 3. Opinión respecto al impacto directo de la guerra civil en las residencias.

En relación al impacto directo de la guerra civil en las residencias los informantes claves opinan en su mayoría con un 52% que fueron retrasos académicos, siguiéndole 30% por el desapego del área académica por la meramente asistencial.

Cree que la Guerra Civil tuvo impacto directo en el proceso de las residencias	Total	Fr
Retrasos académicos	14	52%
Disminución del número de residentes	5	18%
Desapego del área académica por la meramente asistencial	8	30%
Total	27	100%

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 4. Suceso en la historia que causo el reconocimiento de las residencias como especialización.

A criterio de los entrevistados el suceso en la historia que causo el reconocimiento histórico de las residencias como especialización es principalmente reconocimiento del Ministerio de Educación con un 52%, seguido al reconocimiento de la Universidad de El Salvador con un 37% y el establecimiento de las Unidades de Formación Profesional en los hospitales con solo el 11%.

Suceso en la historia que causo el reconocimiento de las residencias como especialización	Total	Fr
Reconocimiento de Universidad del El Salvador	10	37%
Reconocimiento del MINED	14	52%
Establecimiento de Unidades de Formación profesional	3	11%
	27	100%

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 5. Percepción de los cambios más sustanciales de las residencias en la historia de El Salvador.

Cambios más sustanciales que ha vivido las residencias	¿Cuáles cree usted que son los tres elementos más importantes para poder aportar desde las residencias a la reforma del sector salud?
<ul style="list-style-type: none"> • Remuneración económica para los docentes. • Permitió que residentes apoyaran hospitales departamentales, mejora de capacidad de respuesta nacional pasar de unidad enseñanza a programa académico universitario con grado académico. • Elaboración de programas académicos que respondan a un perfil de especialistas esperando, ley de educación superior. • Terremoto 1986 perdida de archivos de residentes, cierre de departamentos con los actuales se conformo comités clínicos para mantener programas 89, nuevo departamento surge MQ. 90's cierre programa residencia Santa Ana y San Miguel por evaluación de concentración en San Salvador. • Reestructuración total fortalecimiento de la academia en las residencias. • Se alcanzo un perfil alto hasta los 90 pero de los años 90-2000, hubo estancamiento se pierde: disminución de vocación por el médico por un sueldo y el desarrollo tecnológico , no hay un salto de calidad no se va al ritmo de la tecnología, no se forma al residente tecnológicamente • Certificación universitaria a partir de los años 80 cuando impulsaron a graduar especialistas en centros medico nacional. • Formación de grupo de docentes, la universidad incorpora procesos de capacitación en docencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Política educativa superior en el área de la salud expresada en las residencias, definir una política de salud en el campo de recursos humanos. • Enfoque de salud pública, empoderamiento de ser médico, cambio de actitud, fomento de investigación • Investigación, conocimiento de las RIIS, involucrarse con la epidemiología del país. • Currícula actualizada con un componente de APS renovada, interacción MINSAL/universidad más cercana, investigación científica desde la residencia. • Debe crearse leyes que lo sustenten, debe crearse una entrada permanente que trabaje con la formación de recursos humanos en salud, debe mejorarse la calidad del RRHH promoviendo la capacitación, formación continua a todos los RRHH en salud. • Incorporación de la atención primaria APS renovada de programas de formación, un escenario de práctica extramurales. • Desarrollar una visión compartida mas poblacional entre MINSAL –ISSS • Año social, trabajar en primer nivel el aporte reforzar papel de atención del especialista. Motivación organizar muy bien el rol debe de estar estipulado ya que si no se da la frustración. • Una contribución más directa de las escuelas de medicina, 2) intercambio con países más avanzados que nosotros y 3) Promover la re-certificación periódica para obligar al médico a estar al día en su área de especialidad.

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 6. Residencias actuales versus la época de oro.

La mayoría de los informantes claves opinan (en un 66%) que las residencias en su actualidad han disminuido en calidad a comparación de la denominada época de oro.

Cree que las residencias medicas en la actualidad han disminuido en su calidad a comparación de la denominada época de oro	Total	Fr
Si	18	66%
No	5	19%
No Respuesta	4	15%
Total	27	100%

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

Tabla 7. Puntos que se debería cambiar la formación de las residencias.

Formación académica	Práctica clínica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Docentes a 8 horas y orientado a investigación ▪ Dejar de realizar residencia intramural, incrementar la investigación científica y epidemiológica, involucrar componentes de salud publica ▪ Mas tiempo académico y menos carga laboral jornadas menos explotadoras turnos de 18 a 24 máximo ▪ La universidad debe entender que no solo es una formación como pregrado que debe aprender haciendo. ▪ Equilibrio entre lo académico-clínico, formaciones pedagógicas didácticas, definición perfil profesional acorde a las necesidades de la población. ▪ Mejorar el nivel básico, visión hospitalaria mas social ▪ Filtro adecuado para la selección, incrementar carga académica, aumentar 4 años residencia. ▪ Mayor compromiso universitario. ▪ Fortalecer el componente preventivo y curativo que se pueda desarrollar primeros niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equilibrio docente-asistencial. ▪ Ayudar docentes asistencia para educación continuada ▪ Debería de brindarse tiempo en horas docentes o reconocimiento a médicos que participan en programas para darle calidad ▪ Acompañamiento enseñanza tutoriada, sistemática. ▪ Mejorar la red de salud manejo de médicos especialistas formadores. ▪ mayor uso de los medios electrónicos más actuales ▪ Aumentar el número de especialidades, incrementar el presupuesto a docencia. ▪ Proyectada a la comunidad ▪ Debilidad que trae el médico al ingresar a su pregrado, Falta de tecnología, productos e insumo condiciona que no hay. ▪ Reestructurar el numero de residencia, incorporar un mejor papel ▪ Profesores que conduzcan servicios, cirugías, programa de capacitaciones ▪ mejorar la tecnología, alianzas con el extranjero

Fuente: base de datos historia de las residencias médicas, informantes claves, enero 2012

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS, TOMANDO EN CUENTA EL MARCO REGULATORIO, ACREDITACIÓN Y ROL DEL SECTOR FORMADOR

A continuación haremos un recorrido desde las instituciones formadoras de las residencias médicas en El Salvador, distribución geográfica, la producción anual de médicos, así como el número de plazas de residentes según grado de estudio, con énfasis en la dificultad de la recopilación de los datos por la dispersión de la información en las diferentes instituciones. Se realiza una comparación entre la oferta de las instituciones de servicios versus la demanda laboral de médicos generales en el mercado. Detallamos la constitución legal y normativa de las residencias, así como los procesos académicos desarrollados actualmente.

A. ROL FORMADOR

Tabla 8. Distribución de Centros Hospitalarios de formación para médicos residentes y las instituciones de servicios de salud.

A continuación se presentan las instituciones formadoras (hospitales escuela) de las residencias médicas, donde figura el MINSAL como la institución pública con 8 hospitales formadores, en segundo lugar tenemos la seguridad social con 6 hospitales, dedicados a la atención de la población trabajadora y por último el Hospital Militar.

INSTITUCIÓN	HOSPITALES ESCUELA
MINSAL	<ol style="list-style-type: none">1. Hospital Nacional Rosales2. Hospital Nacional Maternidad3. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom4. Hospital Nacional Psiquiátrico5. Hospital Nacional Saldaña6. Hospital San Juan de Dios San Miguel7. Hospital San Juan de Dios Santa Ana8. Hospital Nacional San Rafael
ISSS	<ol style="list-style-type: none">9. Hospital Médico Quirúrgico10. Hospital General11. Hospital Materno Infantil 1º.de Mayo12. Hospital Policlínico Arce13. Hospital Amatepec14. Hospital Regional de Sonsonate
Sanidad Militar	<ol style="list-style-type: none">15. Hospital Militar Central.

Fuente: informe borrador OPS, enero 2012.

Tabla 9. Distribución entre instituciones formadoras, de servicios de salud, programas y lugar de área práctica.

A continuación se detalla la relación entre las instituciones formadoras y las diferentes especialidades que desarrolla cada universidad en dichos espacios. Cabe destacar que el MINSAL cuenta con las 6 especialidades básicas, el ISSS con 5 especialidades (todas excepto pediatría) y el COSAM solo mantiene dos especialidades (medicina y cirugía).

UNIVERSIDAD	INSTITUCIÓN	PROGRAMA	AREA DE PRACTICA
Universidad de El Salvador	MINSAL	1. Medicina Interna	H N Rosales, HNSJDD San Miguel y HNSJDD Santa Ana.
		2. Cirugía	Hospital Nacional Rosales, HNSJDD San Miguel y HNSJDD Santa Ana.
		3. Gineco obstetricia	Hospital Nacional Maternidad, HNSJDD San Miguel y HNSJDD Santa Ana.
		4. Pediatría	H Nacional de niños Benjamín Bloom, HNSJDD San Miguel y HNSJDD Santa Ana.
		5. Psiquiatría	H Nacional Psiquiátrico
		6. Medicina Familiar	H Nacional Saldaña
Universidad de El Salvador	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1. Medicina Interna	H Médico Quirúrgico Oncológico ISSS
		2. Cirugía	H Médico Quirúrgico Oncológico ISSS
		3. Gineco obstetricia	H 1 de Mayo ISSS
		4. Psiquiatría	H. Policlínico Arce. ISSS
		5. Medicina Familiar	H. Amatepec. ISSS H. Sonsonate. ISSS
Universidad Evangélica de El Salvador	MINSAL	1. Medicina Interna	H Nacional Zacamil
		2. Cirugía General	H Nacional Zacamil
Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer	Sanidad Militar	1. Medicina Interna	Hospital Militar Central
		1. Cirugía General	Hospital Militar Central
Universidad Dr. José Matías Delgado	MINSAL	1. Medicina Interna	H Nacional San Rafael
		2. Cirugía	H Nacional San Rafael
		3. Gineco obstetricia	H Nacional San Rafael
		4. Pediatría	H Nacional San Rafael

Fuente: informe OPS, enero 2012.

Tabla 10. Distribución geográfica de centros hospitalarios de formación para médicos residentes.

En El Salvador se cuenta con 15 hospitales denominados hospitales escuela; ya que ellos ejecutan programas de residencias medicas avalados por el MINED. La distribución geográfica de los hospitales que cuentan con un programa de residencia se encuentra principalmente en el área metropolitana.

Departamento	Hospital
San Salvador	1. Hospital Nacional Rosales
	2. Hospital Nacional Maternidad
	3. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
	4. Hospital Nacional Psiquiátrico
	5. Hospital Nacional Saldaña
	6. Hospital Médico Quirúrgico
	7. Hospital General
	8. Hospital Materno Infantil 1°.de Mayo
	9. Hospital Policlínico Arce
	10. Hospital Amatepec
	11. Hospital Militar Central
La Libertad	12. Hospital San Rafael
Santa Ana	13. Hospital San Juan de Dios
Sonsonate	14. Hospital Regional Sonsonate
San Miguel	15. Hospital San Juan de Dios

Fuente: informe OPS, enero 2012.

Tabla 11. La producción anual de médicos generales formados por las diferentes universidades que cuentan con Facultades de Medicina.

En esta tabla se puede evidenciar que ha existido un aumento significativo de los médicos generales que egresan y que por consecuencia un incremento directamente proporcional del número de aspirantes de las diferentes especialidades médicas, sumando además la cantidad de recursos que buscan espacios en el mercado laboral.

EGRESADO DE MEDICINA, EN SERVICIO SOCIAL, 2010-2013, MINSAL						
No.	UNIVERSIDAD	AÑOS				TOTAL
		2010	2011	2012	2013	Medicina
1	UES, Sede Central	183	175	129	168	655
2	UES F. M. Occidente	37	21	28	29	115
3	UES F. M. Oriente	29	54	48	51	182
4	Graduados en ELAM	34	88	66	81	269
5	Matías Delgado	29	27	20	29	105
6	Evangélica de El Salvador	71	94	92	62	319
7	Alberto Masferrer	47	52	74	70	243
8	Nueva San Salvador	34	24	13	28	99
9	Autónoma de Santa Ana	21	26	41	34	122
10	Graduados en el Extranjero (no ELAM)		2	1	0	3
	TOTAL GENERAL	485	563	512	552	2112

Fuente: Dirección de desarrollo de recursos humanos MINSAL, marzo 2013.

Tabla 12. Número de plazas de R1 remuneradas.

Acá se puede evidenciar que el número de plazas remuneradas ofrecidas anualmente a los aspirantes a cursar una especialidad médica. En esta tabla se puede observar que no existe un incremento notorio del número de plazas remuneradas en los diferentes centros de salud.

Hospital/ año	2009	2010	2011	2012	2013
HN Bloom	14	14	14	14	14
HN Maternidad	10	10	10	10	8
HN Rosales	20	20	24	24	20
HN Zacamil	12	12	14	14	14
HN San Rafael	18	14	14	16	16
Psiquiátrico	4	3	5	5	3
HN Saldaña	6	5	7	5	6
HNSJDSM	12	12	12	12	12
HNSJDSA	14	16	16	16	16
ISSS MQ/General	30	29	30	30	36
ISSS Amatepec	7	8	6	4	0
ISSS Sonsonate	8	8	8	8	8
ISSS Arce	3	3	3	2	3
ISSS Primero de mayo	9	9	8	8	12
H Militar	10	10	10	10	10
Total	177	173	181	180	180

Fuente: Directores de Hospitales/ jefes de residente, marzo 2013.

Tabla 13. Plazas de médicos residentes ofertadas a nivel nacional vs egresados.

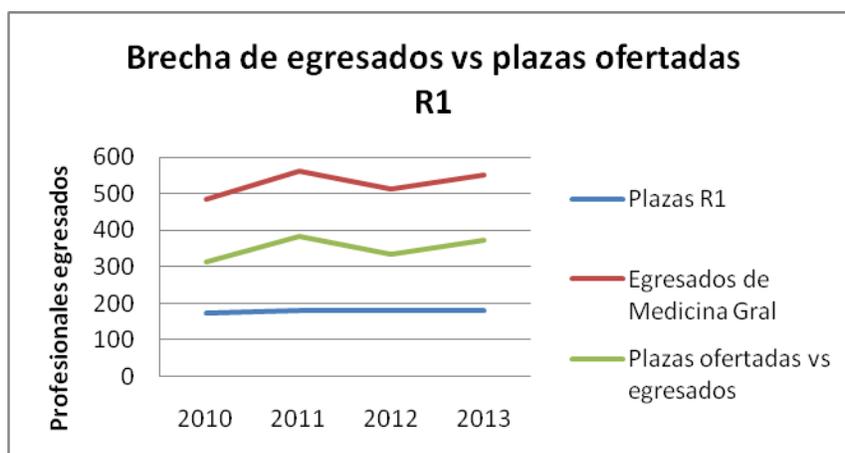
La comparación entre la oferta de plazas de residentes por las instituciones formadoras en relación con la cantidad de médicos generales egresados y la demanda en el mercado laboral, se puede evidenciar que la brecha es bastante amplia.

Categoría/ año	2010	2011	2012	2013
Plazas R1	173	181	180	180
Egresados de Medicina Gral	485	563	512	552
Plazas ofertadas vs egresados	312	382	332	372

Fuente: Totales de tabla 11 menos totales de tabla 12, marzo 2013.

Grafica 1. Relación entre egresados de Medicina y plazas de residentes ofertadas.

Se evidencia la brecha existente entre la oferta de plazas versus la demanda laboral de médicos egresados. Es de hacer notar que las plazas remuneradas de médicos residentes de primer año se mantienen constantes en comparación con el leve incremento de los médicos egresados de las diferentes universidades.



Fuente: Totales de tabla 11 menos totales de tabla 12, marzo 2013.

Tabla 14. Número de médicos registrados por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica por el Consejo Superior de Salud Pública hasta la fecha.

Los médicos mantienen una constante con relación a las inscripciones de profesionales que se registran año, con año, llegando a un número de más de catorce mil profesionales.

NOMBRE DE LA PROFESION	Inscritos hasta 1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total hasta la fecha
DOCTOR(A) EN MEDICINA	6128	564	387	514	480	717	481	667	673	548	591	550	548	513	433	582	14376

Fuente: Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, marzo 2013

Tabla 15. Plazas remuneradas de médicos residentes en el MINSAL, año 2012.

Esta tabla donde muestra con detalle la información relacionada con el número de plazas de residentes que existen dentro del MINSAL. Haciendo la aclaración que en dicha institución existe aún la figura de médico residente en hospitales que no son considerados hospitales escuela y por consecuencia lógica no pueden ser considerados médicos residentes ya que no se encuentran inscritos en un programa acreditado en un programa de residencias médicas avalado por una instancia de educación superior.

	Hospital	PLAZAS					Jefe de Residente	suma
		AÑOS DE RESIDENTES			Sub esp			
		R1	R2	R3				
1	HN Rosales	27	23	12	27	2	91	
2	HN Bloom	15	15	15	14	2	61	
3	HN Maternidad	21	9	13	8	2	53	
4	HN Zacamil	20	20	18			58	
5	HN Psiquiatrico	6	6	16		1	29	
6	HN Neumologico	6	9	1		1	17	
7	HN San Rafael	15	13	13		1	42	
8	HN San Miguel	19	11	8		4	42	
9	HN Santa Ana	22	19	7		4	52	
	TOTAL PLAZAS ESTUDIANTES RESIDENTES	151	125	103	49	17	445	
10	HN Francisco Menedez, Ahuachapan	8	7			1	16	
11	HN Dr. Jorge Mazzini"Sonsonate	14	11	5		0	30	
12	HN Dr. Luis Edmundo Vasquez, Chalatenango	8	5			1	14	
13	HN Santa Gertrudiz San Vicente	11	5			1	17	
14	HN Santa Teresa, Zacatecoluca	10	4			1	15	
15	HN San Pedro, Usulután	8	5			1	14	
16	HN Angelica Vidal de Navarro, San Bartolo	18				1	19	
17	HN de Cojuteque	12	2				14	
18	HN de La Unión	8	1			1	10	
19	HN de Ciudad Barrios	6					6	
20	Hn de Ilobasco	7	1				8	
21	HN de Nueva Guadalupe	7					7	
22	HN de Sensunteque	7	3			1	11	
23	HN Chalchuapa	12				1	13	
24	HN de Metapan	8				1	9	
25	HN de San Francisco Gotera	6	1			1	8	
26	HN de Santa Rosa de Lima	5				1	6	
27	HN de Nueva Concepción	3	4				7	
28	HN de Jiquilisco	6	2			1	9	
29	HN de Santiago de María	9	1				10	
30	HN de Suchitoto	4				1	5	
	PERSONAL CON DENOMINACION RESIDENTES	177	52	5	0	14	248	
	Total	479	302	211	49	48	693	

Fuente: Dirección de desarrollo de recursos humanos MINSAL, marzo 2013.

Tabla 16. Médicos graduados de las diferentes especialidades médicas, según MINED.

En la siguiente tabla se refleja los médicos que lograron obtener los primeros títulos de especialistas avalados por el MINED. Es importante hacer mención que a la fecha es el único registro ya que aún no se cuenta con datos 2012.

NOMBRE DE LA CARRERA	MASC.11	FEM.11	2011
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	9	6	15
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	3	15	18
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	4	4	8
ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	9	11	20
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL	1	5	6
TOTAL DE GRADUADOS DEL ÁREA DE SALUD	26	41	67

Fuente: Dirección de Educación Superior, MINED, marzo 2013.

B. ACREDITACION

En la actualidad, el país cuenta con programas de residencias que han sido sometidos a procesos de acreditación por el Ministerio de Educación, estando autorizados para otorgar títulos de especialistas de acuerdo a la Ley de Educación Superior vigente y otros programas que aun no han pasado por este proceso y únicamente están autorizados por los hospitales escuela para formar otras especialidades o las denominadas subespecialidades otorgan al final del período de estudios, un diploma que certifica que han concluido satisfactoriamente un programa de formación.

C. ASPECTOS NORMATIVOS Y REGULATORIOS

El conjunto de actores involucrados en estos procesos han ido generando normativas, estableciendo mecanismos y procedimientos, la mayor parte de estos con una visión más bien institucional que por lo tanto aplica solo a sus propios desarrollos, estableciéndose de esta manera un panorama de alta fragmentación y heterogeneidad. (Ver cuadro1)

Cuadro 1

MARCO REGULATORIO DE LA EDUCACION SUPERIOR Certificación profesional
<ul style="list-style-type: none">• Constitución de la República 1983: que otorga el derecho a la educación y la potestad del Estado de organizar la educación y las instituciones y servicios necesarios. Establece los fines de la educación, legitima la ley de educación superior, confiere al estado el financiamiento de las universidades estatales y establece la aplicabilidad de esta ley a las universidades privadas.• Ley General de Educación 1996: Objeto y alcance de la Ley. Jurisdicción de ley especial, principios morales, investigación, cultura.• Ley General de Educación Superior 2004: que define el objeto de la ley, objetivos de la educación superior, grados académicos, sistema de unidades valorativas, coeficiente de unidades de merito, grado de especialista (definición), clasificación de instituciones, vigilancia, inspección, registros e información, evaluación y acreditación.• Reglamento General de la Ley de Educación Superior: Objeto, Normas para el examen de los planes de estudio (libertad de cátedra), bibliotecas (estándares mínimos de funcionamiento), instalaciones docentes (procedente como centros de práctica con autorización), publicación y registro de documentos normativos (Publicación en DO, registro en DNES)

El marco regulatorio para las residencias médicas es principalmente de carácter institucional/hospitalario, de tal manera que tanto el MINSAL, como el ISSS y Sanidad Militar, han establecido convenios con universidades individualmente, a partir de la exigencia de la ley de Educación Superior. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2

NORMA INSTITUCIONAL PARA LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
<ul style="list-style-type: none">• Norma del MINSAL para el desarrollo de los programas de especialidades médicas y odontológicas en los hospitales nacionales del ministerio de salud pública y asistencia social (699/2006): Objeto, campo de aplicación de los residentes o estudiantes, funciones, obligaciones, prohibiciones y sanciones, disposiciones generales del proceso de selección.• Reglamento del programa de médicos y odontólogos residentes del instituto salvadoreño del seguro social (2005): Organización, requisitos de admisión y selección, calidad de los residentes, adiestramiento, jornadas de trabajo, horarios y turnos, evaluación, acreditación, vacaciones, amonestaciones y sanciones, disposiciones generales• Norma del programa general de médicos y odontólogos residentes del ISSS (2008): Organización (del programa), categorías y funciones de los residentes, estructura de los programas docentes asistenciales, proceso de selección, sustitución de residentes, equivalencias, sanciones, evaluación y promoción, apelación, certificación, observancia, disposiciones generales, vigencia.• Acuerdo 430: Norma para la ejecución de los programas de especialidades médicas y odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social (2009): que regula las relaciones entre el MINSAL a través de los Hospitales Nacionales y las instituciones formadoras, establece en los hospitales las Unidades de Formación profesional (UFP) y el Comité académico ministerial (CAMI) como mecanismos coordinadores y define el marco de acción de la selección y trayectoria de los residentes en los hospitales.• Se encuentra en proceso de revisión y análisis del contenido de la norma 430 a cargo de una Comisión Interinstitucional conformada por miembros del MINSAL y diferentes universidades. Lo cual dará lugar a una serie de modificaciones de la normativa vigente.

La figura de los convenios interinstitucionales, representa un avance en estos aspectos, pero no bajo un marco de rectoría nacional, que constituya una propuesta integrada para el país. Al finalizar los respectivos programas de especialización, se otorga Título de especialista a quienes egresan de programas acreditados y Diploma de finalización, a quienes egresan de Programas que aún están en dicho proceso. (Ver cuadro 3)

Cuadro 3

ACREDITACION INSTITUCIONAL
<i>Sistema de Supervisión y Mejoramiento de la Calidad de las instituciones de Educación Superior, fue creado por Acuerdo Ejecutivo No. 15-1642 del 11 de junio de 1997 emitido por el Ministerio de Educación (MINED). Este Sistema, cuenta con tres Subsistemas: Calificación, Evaluación y Acreditación; los dos primeros son de observancia obligatoria por parte de las Instituciones de Educación Superior IES, mientras que el de Acreditación es completamente voluntario.</i>

No se observan actividades tendientes a promover la recertificación profesional, a través de procesos de educación continua, aspecto que en otros contextos, se relaciona con la actividad de las sociedades científicas y colegios profesionales. La acción de las Juntas de Vigilancia se restringe a la autorización para el ejercicio profesional para médicos generales.

Cuadro 4

EJERCICIO PROFESIONAL
El ejercicio profesional está regulado únicamente para el Médico General a través de las Juntas de Vigilancia, dependientes del Consejo Superior de Salud Pública, a través del otorgamiento de un número para este ejercicio y una cuota anual para su vigencia.

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN FORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES EN ESTUDIO.

Para conocer los cambios generados con la implementación de la Ley de Educación Superior, no se encontró un estándar de comparación para establecer mejoramiento de la calidad en el marco de las residencias médicas. Es por ello se realiza entrevistas a los médicos residentes con el fin de conocer su percepción en relación a su formación académica así como su vinculación con las necesidades contempladas en la actual reforma de salud en El Salvador.

A continuación se detallan las percepciones de los médicos residentes en relación a su formación, el papel del docente y como estudiante, cumplimiento de programas, calidad en la enseñanza, mejoras de las residencias con los cambios legales establecidos, sus conocimientos sobre la reforma de salud del Ministerio de Salud, sus expectativas al finalizar la especialidad en relación a su inserción dentro del mercado laboral, opiniones sobre la escolaridad a cancelar y el mejoramiento en la atención docente sentida. Finalizando con las principales dificultades, oportunidades y los desafíos de los programas de las residencias para los médicos residentes y propuestas de incentivos.

Todos estos datos son detallados a continuación:

Tabla 17. Total de médicos residentes encuestados según la institución formadora y sexo, Año 2013.

El total de médicos encuestados es de 383, dentro de los cuales existe un leve predominio del sexo masculino como podemos ver a continuación.

Hospital	F	M	Total
HN San Miguel	28	38	66
ISSS (MQ, General)	27	31	50
ISSS Amatepec	7	1	8
HN Bloom	23	28	51
HN Rosales	14	31	45
HN Santa Ana	23	14	37
HN San Rafael	19	12	31
HN Zacamil	16	14	30
H Militar	6	18	24
HN Maternidad	16	4	20
HN Saldaña	8	5	13
HN Psiquiátrico	3	5	8
Total general	183	200	383

Fuente: Base de datos médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 18. Distribución de los médicos residentes según la especialidad e institución formadora, año 2013.

A continuación se muestra la distribución de los encuestados según las diferentes especialidades tomando en cuenta que no se obtuvo acceso a los residentes de gineco-obstetricia de hospital primero de mayo, psiquiatría de policlínico Arce y medicina familiar del hospital regional de Sonsonate todos establecimientos del Seguro Social.

Hospital	Cirugía	Gineco - Obstetricia	Medicina Familiar	Medicina Interna	Pediatría	Psiquiatría	Total
H. Bloom					51		51
H. Rosales	21			24			45
H. Saldaña			13				13
H. San Rafael	4	5		12	10		31
ISSS	19		8	31			58
HN Zacamil	9			21			30
HN Santa Ana		9		13	15		37
HN san Miguel	17	17		15	17		66
HN Maternidad		20					20
HN Psiquiátrico						8	8
H Militar	10			14			24
Total	80	51	21	130	93	8	383

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 19. Rol formador de las residencias médicas, año 2013.

Los encuestados en un mayor porcentaje opinan que quien asume el principal rol formador es la institución (hospital) con un 37% y en segundo lugar consideran que ninguno que no es ni la institución ni la universidad sino que es de manera autodidacta dejándole el tercer lugar a ambas instituciones (hospital/universidad) y un escaso porcentaje reconoce a la universidad como la institución que asume con mayor compromiso el rol formador.

Quién asume con mayor compromiso el rol formador	HN Bloom	HN Saldaña	HN San Rafael	ISSS	HN Zacamil	HN Santa Ana	HN San Miguel	HN Maternidad	HN Psiquiátrico	H Militar	Total	Fr
Ambos de manera equilibrada	5	4	6	28	15	9	4	4	1	2	78	20%
La institución	23	1	17	25	3	4	38	11	1	3	141	37%
La universidad	5	8	4	3	8	11	1		3	12	56	15%
Ninguno, es de manera autodidacta	17		4	2	4	13	22	5	3	7	106	28%
No respondió	1						1				2	1%
Total	51	13	31	58	30	37	66	20	8	24	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013

Tabla 20. Opinión del Papel de docentes en la tutela del desarrollo de los residentes.

El 35% de los médicos residentes opinan que se encuentran satisfechos sobre el papel de los docentes ya que lo consideran como un profesional que tutela al lado del paciente y 21% que dedica tiempo adecuado al estudiante (sumados ambos porcentajes representan un 56%) versus al 34% que opinan que el docente es un profesional que prácticamente casi no le atiende.

Papel de los docentes en las residencias médicas	Total	Fr
Un profesional que tutela al lado del paciente	134	35%
Un profesional que prácticamente no lo atiende	130	34%
Un profesional que dedica el tiempo adecuado al estudiante	82	21%
Otro	37	10%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 21. Satisfacción de los médicos residentes en relación a la contribución de la institución para su formación como profesional.

Existe algún tipo de insatisfacción percibida en relación a la contribución de la institución formadora sobre la formación de los médicos residentes, ya que se considera intermedia o deficiente (83%).

La institución (MINSAL/ISSS) contribuye la formación	Total	Fr
De manera intermedia	163	43%
De manera deficiente	152	40%
De manera adecuada	62	16%
no respondió	4	1%
De manera deficiente	1	0.3%
De manera intermedia	1	0.3%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 22. Percepción en la contribución de la Universidad en la formación de las residencias médicas,

Existe algún grado de insatisfacción percibida en relación a la contribución de parte de la universidad sobre la formación de los médicos residentes, ya que se considera intermedia o deficiente (83%).

Contribución de la Universidad en la formación de médicos residentes	Total	Fr
De manera deficiente	184	48%
De manera intermedia	134	35%
De manera adecuada	65	17%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 23. Cumplimiento de los programas en la formación de residentes

Los programas de las residencias médicas guiados por las diferentes universidades dentro de la opinión de los médicos residentes en formación se cumplen de manera parcial en el 68 % y un 13% no se cumple (sumando 81%) y solo opinan que se cumple completamente el 19% es decir que el estudiante percibe que los programas pueden mejorar de a cuerdo a las exigencias solicitadas.

¿Cree que los programas planteados en la formación de residentes (en su especialidad) se cumplen?	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Parcialmente	15	25	221	261	68%
Completamente	6	32	36	74	19%
No se cumple	3	1	44	48	13%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 24. Visión sobre la mejora de la calidad en la formación de los médicos residentes,

La mayoría de médicos opinan que las residencias deben apuntar a: mejorar ciertas condiciones laborales y académicas en aras de apostarle a una mejora sustancial de los profesionales en formación apostándole principalmente a: aumentar el número de plazas de residentes, brindar incentivos, flexibilidad hacia lo académico así como disminuir la carga laboral.

¿Qué medios cree que la institución debería apostarle para mejorar la calidad de la formación y desempeño de los residentes?	Total	Fr
Aumentar el número de residentes	55	14%
Brindar ciertos incentivos	19	5%
Brindar mayor flexibilidad hacia lo académico	39	10%
Disminuir la carga laboral	10	3%
Otro	24	6%
Todas las anteriores	236	62%
Total general	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 25. Percepción de mejoramiento de los programas de residencias en comparación con el pregrado.

Al comparar el mejoramiento de los programas de residencia con la percepción sentida en el pregrado, todas las instituciones formadoras muestran una leve mejoría o que se mantenido igual que cuando estos cursaron el pregrado, lo que significa que la percepción de que exista una desmejora de los diferentes programas ronda el 28%.

¿Cree que los programas de residencias han mejorado con relación a cuando usted estaba en pregrado han?	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Mejorado levemente	10	21	95	126	33%
Mantenido igual	4	8	81	93	24%
Desmejorado levemente	4	1	53	58	15%
Mejorado sustancialmente	3	25	30	58	15%
Desmejorado sustancialmente	3	3	42	48	13%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 26. Percepción en general sobre la opinión que se tiene del residente, los médicos agregados, Staff o de las autoridades del hospital.

Los residentes tienen la percepción que el resto del personal (los médicos agregados, staff o autoridades) los perciben como sacadores de trabajo o mano de obra barata para suplir las necesidades laborales de los hospitales en un 48% y el 45% como un profesional en etapa de formación sumándole el 3% un colega con las mismas oportunidades u derechos, lo que representa que aproximadamente la mitad muestra inconformidad sobre la percepción que tienen sobre ellos.

Percepción en general sobre la opinión que tienen del residente los médicos agregados, Staff o de las autoridades del hospital	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Mano de obra barata/sacador de trabajo	12	20	150	182	48%
Un profesional en etapa de formación a quien se le tiene que orientar	9	28	137	174	45%
Un colega con las mismas oportunidades y derechos	1	5	7	13	3%
Otro	1	5	7	13	3%
b y c	1			1	0%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 27. Conocimiento de la Reforma de Salud de los médicos residentes, 2013.

En su mayoría los médicos residentes no conocen sobre la reforma de salud en El Salvador en un 65%. De estos se ha identificado que la mayoría de los que han escuchado o conocen el proceso de reforma son residentes que inician su formación y han tenido recientemente la experiencia (servicio social) de empaparse de dicho proceso. Es decir que se evidencia que en los diferentes programas no ha sido incluida la información actualizada sobre el giro u orientación que actualmente tiene el Sistema Nacional de Salud.

Conocimiento de la Reforma de Salud y en qué consisten sus 8 ejes?	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
No	19	31	199	249	65%
Si	5	27	102	134	35%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013

Tabla 28. Principales expectativas de los médicos residentes al finalizar su especialización, 2013.

En relación a las expectativas de los médicos residentes el 47% espera ir al extranjero a subespecializarse o buscar oportunidad laboral, es un hallazgo preocupante en el ámbito de recursos humanos por la fuga de especialistas; tomando en cuenta la inversión que las diferentes instituciones hacen para poder desarrollar a los diferentes profesionales. A la vez el 35% opinan que desean ejercer en una institución pública y privada/ clínica propia esto debido deficiencia laboral a la inadecuada distribución de las plazas de especialistas.

¿Qué expectativas tiene en relación a la finalización de estudios en la residencia médica?	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Ir al extranjero a sub especializarse o a buscar oportunidad laboral	10	23	148	181	47%
Ejercer en una institución pública y privada/clínica propia	11	31	91	133	35%
Pasar a ejercer en una institución pública		3	37	40	10%
Pasar a ejercer en una institución privada/clínica propia	1	1	14	16	4%
Otro	2		11	13	3%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 29. Principales opiniones sobre los especialistas en el primer nivel de atención.
 Existe muy buena opinión en general sobre la distribución de especialistas en el primer nivel; tomando en cuenta que esto representa una disminución de las consultas que no corresponden al nivel hospitalario; esperando que al tener especialistas en el primer nivel la capacidad resolutoria de este mejore. Sin embargo es importante mencionar que un 58% opina que a pesar de ser una decisión acertada no ha sido planificada adecuadamente.

Especialistas en el primer nivel de atención	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Decisión acertada, pero que le falto planificación	13	34	176	223	58%
Decisión acertada y bien planeada	7	21	103	131	34%
Una decisión inadecuada	4	1	19	24	6%
Otro		2	3	5	1%
Total general	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 30. Función del médico residente según la Atención Primaria en Salud.
 La función del médico residente según la atención primaria en salud el 82% opina que es trabajar en equipo interdisciplinario y con redes de atención y mejora de la cobertura y calidad de atención, lo que coincide con la pregunta anterior, el especialista puede ser un integrante importante de la atención primaria en salud en todos los niveles de atención.

Función del médico residente según la atención primaria en salud	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Trabajar en equipo interdisciplinario y con redes de atención y mejora la cobertura y calidad de atención	23	49	243	315	82%
Generación de una visión comunitaria del proceso salud enfermedad para el abordaje especializado	1	7	47	55	14%
Otro		2	11	13	3%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 31. Conocimiento del costo de la escolaridad de las universidades
 Los médicos residentes en su mayoría conocen (73%) la escolaridad que se cancela en las otras universidades; posiblemente esto representa una comparación periódica que se realiza de acuerdo a la insatisfacción de los diferentes cobros y solo el 27% restante no las conoce.

Costo de escolaridad que cobran las otras Universidades	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Si	14	36	229	279	73%
No	10	22	72	104	27%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013

Tabla 32. Percepción del pago versus grado de enseñanza.

Los médicos residentes se sienten insatisfechos en un 93% (sumatoria de 75% y 18% que piensan que pueden mejorar) con el grado de enseñanza recibida en relación a la escolaridad que deben cancelar, así mismo solamente el 7% piensa que recibe una enseñanza adecuada; esto es importante retomar ya que contrasta con la percepción que tienen los residentes sobre el rol de la universidad en su formación.

Lo que paga de escolaridad lo recibe de regreso en enseñanza	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
No	19	34	233	286	75%
Sí, pero puede mejorar	3	10	58	71	18%
Si	2	14	10	26	7%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 33. Opinión en relación al total de años requeridos para completar la residencia.

64% de los médicos residentes opinan que para ser especialistas son suficientes tres años.

¿Tres años es suficiente para ser especialista?	COSAM	ISSS	MINSAL	Total	Fr
Si	13	33	201	247	64%
No	11	25	100	136	36%
Total	24	58	301	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 34. El hospital, y/o la universidad proporcionan todas las facilidades para una enseñanza de primera.

El un 88% (sumatoria de 51% opinan que no y 37% que opinan que parcialmente) de los médicos residentes perciben que las instituciones no proporcionan las condiciones para tener una enseñanza de primera. Y solamente un 12% opinan que si existen tales condiciones.

El hospital, y/o la Universidad le proporcionan todas las facilidades para una enseñanza de primera	Total	Fr
No	194	51%
Parcialmente	141	37%
Si	48	12%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 35. Las evaluaciones deben ser una combinación del desempeño académico y asistencial

El 80% opinan que las evaluaciones deben ser una combinación del desempeño académico y asistencial.

Evaluación puede ser una combinación del desempeño académico y asistencial	Total	Fr
Si	308	80%
Parcialmente	43	11%
No	32	8%
Total general	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 36 Instituciones participantes en el proceso de selección

Los médicos opinan que en el proceso de selección deben participar ambas instituciones (la universidad y el hospital) ya que en un 81% manifiestan que es importante mantener el vínculo del sector formador y el sector asistencial.

El proceso de selección debería de ser exclusivo de:	Total	Fr
Ambos	309	81%
Universidad	37	10%
Hospital	36	9%
MINSAL	1	0.3%
Total general	383	

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 37. Sanciones durante el proceso de formación.

En la tabla podemos evidenciar que la mayoría de los residentes hay recibido algún tipo de sanción.

Ha recibido alguna especie de castigo o sanción en el transcurso de la residencia	Total	Fr
No	104	27%
Si	279	73%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 38. Promedio de horas dedicadas a lo asistencial versus lo académico.

En esta tabla podemos evidenciar que existe una diferencia notable entre el número de horas que se dedica al abordaje del componente asistencial dentro de los servicios de salud versus las escasas horas que se dedican al ámbito estrictamente a lo académico, tomando en cuenta que dichos profesionales aún se encuentran en proceso de formación.

Horas asistenciales	Horas académicas
Promedio 90 horas semanales	Promedio de 4 horas semanales

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013.

Tabla 39. Reconocimiento de la labor del residente dentro de la institución.

Se puede evidenciar que un 81% de los entrevistados perciben que no se reconoce la importante labor que ellos desempeñan dentro de la institución.

Cree que la mayoría de los funcionarios de la institución reconocen la importancia de la labor del residente	Total	Fr
No	312	81%
no opino	6	2%
Si	65	17%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013

Tabla 40. Opinión sobre incentivos hacia los residentes.

Podemos observar en la siguiente tabla que casi en su totalidad los residentes opinan que necesitan algún tipo de incentivo, ante la labor que ellos desempeñan.

Incentivos a los residentes	Total	Fr
No	11	3%
Si	372	97%
Total	383	100%

Fuente: base de datos de médicos residentes encuestados, marzo 2013

Cuadro 5. Resumen de las percepciones sobre las oportunidades, desafíos, dificultades y propuestas de incentivos de los médicos residentes.

Los Principales Dificultades manifestadas por los médicos residentes:	Las principales Oportunidades que ven los médicos residentes son:	Desafíos identificados por los médicos residentes:	Las propuestas de incentivos de los médicos residentes:
<ul style="list-style-type: none"> - Económicas (pago de cuotas, salario) - Carga laboral vs parte académica, administrativa - Falta de recursos (docentes, equipo, plazas) - Horarios dificultosos - Falta de orientación tutelar. - Ninguno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aprendizaje de una especialización al lado del paciente. - Practica en diversas especialidades médicas - Becas - Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrar carga laboral vs formación académica. - Mejorar ámbito laboral en recursos docentes, equipos, atención al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos (plazas, facilidades de pago, mejor salario y oferta laboral) - Becas nacionales como internacionales. - Administrativo: alimentación, compensación de horas extras, reconocimientos) - Intercambios - Hospitalarios

Fuente: Base de datos de entrevista médicos residentes, marzo 2013.

PERCEPCIONES SOBRE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DE PARTE DE LOS TOMADORES DE DECISIONES Y ACTORES CLAVES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Otros actores claves de las residencias médicas son los niveles gerenciales que impulsan la reforma de salud en El Salvador. Para ello se realizaron entrevistas con previas citas de agenda de los funcionarios. Presentamos los resultados a continuación:

Principales dificultades planteadas para la mejora de los programas de residencia en el marco de la reforma de salud, abril 2013.

Los entrevistados enumeran las dificultades que perciben como jefaturas gerenciales en relación a las demandas de país en los programas de residencias médicas, vemos que las opiniones se centran en el rol formador y en la diversidad de participantes en el proceso de desarrollo de los programas.

Un desafío importante planteado es definir o crear una institución que controle la formación de las residencias, que dirija y tenga control sobre todas las instituciones formadoras, emita lineamientos para los procesos de evaluación, funciones de los docentes y becarios.

Entre las oportunidades destacamos la Ley de Educación Superior, estrategias de la Política Nacional de Salud.

Cuadro 6

DIFICULTADES	DESAFIOS	OPORTUNIDADES
<p>-Falta de integración docente asistencial, ausencia de toma de decisiones efectiva de la FM de la UES, que permita mejorar el desarrollo de los programas académicos, planta de docentes mínima necesaria para funcionar, plazas concentradas en las seis especialidades básicas</p> <p>Definir la rectoría en el momento curricular de los residentes.</p> <p>Falta de docentes. No es autosostenible.</p> <p>No hay un programa articulado de formación de residencia.</p> <p>Estructuras de los actores (MINSAL/UES) sin adecuación a las exigencias de la operación de las residencias. Marcos regulatorios insuficientes y contradictorios para la gestión de las residencias, inexistencia de criterios mínimos de calidad para el desarrollo de los procesos de formación y para la calificación de los espacios de práctica.</p> <p>La formación sigue siendo con enfoque hospitalario, no se mira en red de servicios por niveles de atención.</p> <p>La insistencia por parte de algunos sectores por retornar al pasado inmediato en que hegemonizaba la corrupción y el tráfico de influencias en el proceso de selección, adjudicación de plazas, cobros ilegales y otros relacionados.</p> <p>Poca comprensión de las universidades para adjudicar los recursos necesarios al proceso de formación de especialistas; entre estos, Recursos Humanos para las tutorías y supervisión del proceso formativo.</p> <p>Poca comprensión de las universidades, particularmente de la Universidad Pública, sobre el valor real del desarrollo del Postgrado para la universidad misma, por ejemplo: para contribuir al fortalecimiento de</p>	<p>-Mejorar los procesos de toma de decisiones conjuntas, reorientar la formación de los especialistas para que den respuesta a las necesidades de la población, mejorando el enfoque de la formación tanto teórica como práctica y definir la planificación de especialistas en el país y distribuir las plazas existentes sobre la base de las prioridades.</p> <p>Contar con plantel de facilitador.</p> <p>Crear un controlador de las especialidades regidos al MINAL de acuerdo UES.</p> <p>Homogenizar el pensum de las carreras.</p> <p>Unificar los procesos de formación en todo el SNS.</p> <p>Mecanismos consistentes de trabajo colaborativo y cambios intra institucionales sostenibles.</p> <p>Lograr una visión integral de la formación.</p> <p>Hacer que las Universidades, especialmente la UES, superen las dificultades citadas anteriormente.</p> <p>Dar mayor solidez al marco legal actual.</p> <p>Seguir cualificando el proceso de selección particularmente el examen único y la prueba psicológica.</p> <p>Gestionar un proceso de monitoreo y supervisión vinculante, objetivo y transparente del desempeño profesional de los estudiantes de Residentado, con involucramiento de las contrapartes formativas y asistenciales.</p> <p>Cualificar y acreditar los hospitales docentes,</p>	<p>Definición de la Política Nacional de Salud de la estrategia 19 de coordinación con el sector formador.</p> <p>Aprovechar convenio con MINSAL - UES</p> <p>Deseos de todos de trabajar conjuntamente.</p> <p>Que el INS estructura que conduzca este proceso de formación en todo el Sistema Nacional de Salud, SNS.</p> <p>Ampliación de la formación de especialistas hacia los diferentes niveles de la RIISS y fortalecimiento de la especialidad de salud familiar acorde al modelo de salud propuesto.</p> <p>Interés de los actores por mejorar la calidad y pertinencia de la formación y por universalizar la atención de salud con altos niveles de resolutivez cercana al ciudadano.</p> <p>Un proceso de revisión curricular, que toma en cuenta los requerimientos de la formación, tomando en cuenta el nuevo modelo de atención.</p> <p>Contar con un proceso de formación participativo que goza del respeto y la credibilidad de los principales actores.</p> <p>Disponer de herramientas consensuadas para las diferentes etapas del mismo.</p> <p>Contar con una estructura de gestión cualificada crecientemente a nivel hospitalario y universitario, aun y cuando existan todavía brechas importantes.</p> <p>El involucramiento creciente en el proceso por parte del INS.</p>

<p>todos los procesos académicos con los consiguientes beneficios para la cualificación del pregrado.</p> <p>La demanda por las instancias de conducción de la Universidad (nuevamente por la pública) de exigir que los postgrados tengan carácter autofinanciable, haciéndola actuar privilegiando intereses de mercado y desvirtuado su naturaleza pública, pasando por alto los beneficios para el país de un proceso tan relevante y necesario como la formación de especialistas.</p>	<p>particularmente dotándolos de mayores condiciones para el proceso formativo (acceso a fondos bibliográficos, conectividad, espacios físicos, recursos como Dptos. anatómopatológicos).</p> <p>Realizar una planificación estratégica consensuada con todos los actores a fin de Identificar las especialidades críticas para el país, así como el ritmo de formación y los recursos necesarios para ello y para su incorporación progresiva en un cronograma adhoc de largo plazo</p>	<p>Sistema de residencia rotación inter institucionalidad, diferentes patologías, dualidad de formación académica.</p>
---	--	--

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013

Tabla 41. Especialistas en el primer y segundo nivel de atención.

Los entrevistados opinan que se definió contar con especialistas en el primer nivel de atención en el marco de la reforma de salud de forma estratégica, debido a que se espera contar con mayor cobertura, disminuir las inequidades y descentralización de los servicios de salud. Es decir la atención integral e integrada de servicios de salud con una mejor distribución en los servicios mejorando la resolutiveidad con el trabajo de los equipos multidisciplinarios en redes de atención.

¿Porque la reforma de salud promueve especialistas en el primero y segundo nivel de atención?	Total	Fr
todas las anteriores (<i>mayor cobertura, disminuir las inequidades y descentralización de los servicios de salud</i>)	10	91%
Disminuir las inequidades	1	9%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013

Tabla 42. Expectativas de contar con especialistas en los ECOS Especializados

Contar con especialistas en los ECOS especializados es una oportunidad para contribuir a mejorar indicadores de salud, disminuir carga laboral de recursos hospitalarios, tratamiento temprano de las enfermedades y referencia a los niveles correspondientes.

¿Cuáles son las expectativas de contar con los especialistas en los Ecos especializados?	Total	Fr
Todas las anteriores (<i>Reducción de mortalidad, mejor atención, manejo y referencia al segundo o tercer nivel de atención, Mejora de la capacidad resolutive y descentración de la consulta externa</i>)	11	100%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013

Tabla 43. Expectativas sobre residencias médicas y la Política de Recursos Humanos. Una política de recursos humanos, enmarcada a puntualizar el rol del Ministerio de Salud, ante las necesidades críticas de especialistas, definición de perfiles y mejora de la planificación de recursos humanos, que reduzca la brecha laboral existente debido a la histórica planificación de plazas en base a las necesidades institucionales (hospitales).

Qué expectativas se tiene en relación a las residencias médicas según la política de recursos humanos	Total	Fr
Definir el rol del ministerio de salud sobre las necesidades académicas en las residencias médicas en el abordaje epidemiológico.	3	27%
Otro (<i>planificación estratégica de los RRHH</i> , todas las anteriores, la formación en especialistas no puede regirse por la oferta y demanda, ya que los intereses en ambos elementos (la oferta por la generación de ganancias o el “auto- financiamiento” institucional; la demanda por aspiraciones personales de autorealización, el lucro o expectativas de migración) están en gran medida divorciados de las necesidades de salud de la población que debe ser el criterio fundamental para definir el tipo, calidad y cantidad de los especialistas que se forman.	5	46%
Planificar la oferta y demanda residencias médicas.	3	27%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013

Tabla 44. Especialistas y primer nivel de atención, 2013.

El contar con especialistas en el primer nivel de atención planteado en la reforma de salud, para los actores claves en su mayoría (un 73%) es una decisión acertada, pero que le falto planificación por la diversidad de contextos (regulatorios, oferta demanda, incentivos, perfiles epidemiológicos, etc.) que presenta las residencias médicas en El Salvador, en relación al 27% que opina que fue una decisión acertada y bien planificada, con la finalidad de contar con los médicos especialistas necesarios a nivel nacional.

¿Qué piensa usted en relación a contar con especialistas en el primer nivel de atención?	Total	Fr
Decisión acertada y bien planeada	3	27%
Decisión acertada, pero que le falto planificación	8	73%
<i>Explique:</i> se requieren alianzas y señales más claras para modular el mercado laboral de la salud, no solo es un tema de planificación, sino de análisis estratégico de la factibilidad de implementar una medida de esa naturaleza en un marco legal restrictivo, hay que agotar todos los medios para relacionar la gestión de trabajo al interior del MINSAL (multiempleo, heteronomía salarial, insuficiente información) para luego tener un horizonte más claro de las necesidades del mercado) Es potencialmente no sostenible y contradictoria: Los especialistas se ven frustrados porque no tienen una práctica hospitalaria, inherente a su formación y a la lógica de su práctica profesional. Es incongruente que haya especialistas en el primer nivel sin que tal necesidad se haya solventado en el segundo nivel. Asistimos a paradojas como el hecho de que los especialistas del primer nivel refieran pacientes para tratamiento especializado a instancias donde no los hay. Una probable solución es la rotación de los especialistas del primer nivel por los hospitales de segundo nivel, con tiempo específico asignado al servicio en ambos niveles.		
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 45. Función del médico residente según la Atención Primaria en Salud.

Los entrevistados opinan que la función del médico residente según la estrategia de la Atención Primaria en Salud (en un 64%), serán profesionales que trabajarán con equipos interdisciplinarios y en redes de atención para mejorar la atención de la población, la cobertura y calidad de la atención.

Cuál es la función del médico residente según la atención primaria en salud	Total	Fr
Trabajar en equipos interdisciplinarios y con las redes de atención para mejorar la cobertura y calidad	7	64%
Todas las anteriores (<i>generación de una visión comunitaria del proceso salud-enfermedad para el abordaje especializado y trabajar en equipos interdisciplinarios y con las redes de atención para mejorar la cobertura y calidad de atención se tienen las funciones definidas</i>)	4	36%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 46. Desafíos de la Reforma de Salud en el marco de las Residencias Médicas.

Los entrevistados están claros en la mirada al futuro de la reforma de salud, centrándose en la planificación estratégica, la implementación de una política de recursos humanos que incluya incentivos equitativos, lineamientos que regule los programas de residencias en sus diferentes ámbitos regulatorio, académicos así como la satisfacción de los residentes.

Cuáles son los desafíos planteados de la reforma de salud en el marco de las residencias médicas	Total	Fr
Todas las anteriores (<i>Mejoramiento de incentivos, mejorar los sistemas de evaluación y fortalecer la acreditación de programas de formación y reorientar las políticas de formación en relación a necesidades de salud y establecer sistema de información y planificación</i>).	9	82%
Reorientar las políticas de formación en relación a necesidades de salud	1	9%
Otro	1	9%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 47. Plazas de Residentes versus necesidad hospitalaria.

Antes de definir las necesidades de plazas a ofertar para médicos residentes es importante plantear la formulación de un diagnóstico situacional, con el objetivo de partir de una realidad clara y objetiva y acorde a esto definir las líneas prioritarias.

Número de plazas de residentes está de acuerdo a las necesidades de los hospitales	Total	Fr
Hay que hacer un diagnóstico para determinar el número de plazas necesarias.	6	55%
Si	2	18%
No Explicar: el número de plazas hoy responde a las necesidades asistenciales e inclusive a la disponibilidad de presupuesto sin otro criterio, se incluye a los residentes, en la donación mínima de personal necesario para atender a los ciudadanos, minimizando la posibilidad de participación de los residentes en procesos de formación académica, lo más preocupante, colocándonos como primer respuesta de atención al ciudadano, en muchos casos si supervisión calificada (importante mirar las diferencias en la supervisión entre MINSAL e ISSS) con las implicaciones jurídicas diferentes entre usuarios y un derechohabiente. Lo ideal es que el servicios de salud al salvadoreño sea igual en su salud y vida.	3	27%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 48. Las residencias en forma piramidal.

La mayoría de entrevistados opinan que si el residente tuvo la oportunidad de iniciar su formación debe continuar y finalizar, si sus evaluaciones son satisfactorias.

Está de acuerdo con los programas de residentes en forma piramidal	Total	Fr
No	10	91%
Si	1	9%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 49. Desempeño académico versus asistencial en las residencias médicas.

Tanto el desempeño asistencial como el académico son importantes para la formación de residentes con calidad en la atención.

Que considera más importante: desempeño académico o asistencial	Total	Fr
Ambos tienen la misma importancia Explicar: es fundamental equilibrar el componente académico y asistencial, considerando que cada acción en salud está compuesta de ambos elementos y puede considerarse como una actividad de aprendizaje a la vez que es asistencial. Importante revisar conceptos contractuales docente- asistenciales, así como revisar la metodología de enseñanza- aprendizaje que usualmente separa estas actividades.	11	100%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 50. Existencia de incentivo económico a los docentes que no son remunerados por la universidad.

Podemos observar que en relación a un incentivo a los docentes que no son remunerados el 91% de los entrevistados opinan que deben de tener incentivos.

¿Debería de haber un incentivo económico a los docentes que no son remunerados por la universidad?	Total	Fr
No	1	9%
Si (La Universidad debe asumir los costos de sus docentes en el proceso formativo y adicionalmente no ligar estos costos al "autofinanciamiento" que contradice su naturaleza pública y atenta contra la calidad del proceso y por tnto contra las necesidades de salud de la población además se refiere que ya está contemplado en el reglamento general de hospitales	10	91%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 51. Rol de las jefaturas de las Unidades de Formación Profesional, UFP. En las Residencias médicas

Las jefaturas de las Unidades de Formación Profesional deberían de tener un rol protagónico en los programas de residencias médicas ya que son los actores locales para el funcionamiento y seguimiento de las especialidades articulándose con el resto de involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Los jefes de UFP ¿deberían tener un Rol más protagónico con los residentes?	Total	Fr
No	2	18%
Si	6	55%
Hay que analizar	3	27%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013

Tabla 52. Involucramiento de los directores de hospitales en los programas de residencias médicas.

Se considera que los médicos directores de los hospitales deben tener mayor protagonismo en la formación de las residencias médicas, coordinando con las universidades y los encargados de los programas de residencias en los centros hospitalarios.

Los directores de los Hospitales escuela deberían involucrarse más en los programas de residencias médicas?	Total	Fr
Si	11	100%
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

Tabla 53. Papel del Ministerio de Educación en el marco de las residencias médicas.

La participación del MINED es considerada en 45% de los entrevistados como protagónica, a comparación del otro 55% que lo considera poco adecuado.

Usted considera que el papel del MINED por medio de la dirección de educación superior tiene un papel protagónico en las residencias médicas en nuestro país?	Total	Fr
No	6	55%
Si	5	45%
explique: es la base legal del país para certificación de la formación universitaria en salud y la carta de presentación de los especialistas en el país, tiene vacios importantes, que el propios país autoriza, entre ellos la culminación de la formación del pregrado y el ingreso al servicio social es muy importante laxa pues no se requiere titulo universitario para entrar al servicio social, igual el paso del especialista para ser contratado por una institución incluso MINSAL, no requiere contar con el titulo universitarios; estos aspectos debilitan el marco regulatorio institucional y deben ser considerados en este análisis.		
Total	11	100%

Fuente: Entrevista informantes claves reforma de salud, marzo 2013.

VI. DISCUSION

Para el análisis integral de las residencias médicas se toma en cuenta las categorías planteadas en este estudio en el siguiente orden: historia de las residencias medicas, aspectos cuantitativos de planificación, legales y percepción de los residentes en su ámbito laboral, así como la visión de la residencias en la Reforma de Salud en El Salvador.

En El Salvador, las residencias médicas desde el momento de su concepción histórica, inician como una necesidad de prestación de servicios, debido al aumento de la demanda poblacional en salud que en ese entonces no podían ser cubiertas en su totalidad por los médicos formados en el extranjero.

Los hospitales fueron las instituciones rectoras de las residencias desde sus inicios, teniendo influencia internacional con del enfoque Flexneriano. Se destaca la creación de jefaturas, el establecimiento de roles y planes de formación según los conocimientos adquiridos de los médicos graduados en el extranjero y la experiencia adquirida en los centros hospitalarios. En este sentido no se conto un ente rector universitario o institución de gobierno que estableciera y regulara las residencias médicas.

La historia de El Salvador influye directamente en la formación de las residencias médicas, se marca la separación del sistema educativo y la formación de recursos en salud. Añadiendo a lo anterior la existencia de diversos acontecimientos que influyeron directamente en las residencias médicas, las cuales se pueden dividir en:

La denominada época de oro años 60's, hasta 1975: marca el enfoque de las residencias médicas en Latinoamérica. Se enmarca esta época como la constitución del principal hospital nacional del país con un origen de enfoque de atención con caridad. Hospital sede del inicio de las residencias médicas en las disciplinas básicas: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía.

Surgimiento de otros centros de formación especializados orientados a la atención de grupos vulnerables como son: Hospital de Niños Benjamín Bloom (pediatría) y Hospital Nacional de Maternidad así como la creación de la atención basada en la seguridad social.

Periodo de preguerra, guerra civil y postguerra inmediata en El Salvador (1975 a 1996)

Es un periodo de represión, movimientos democráticos, respaldando a la lucha social, política, legal y electoral, marcan en las residencias médicas la separación con la universidad, institución intervenida militarmente en diversas ocasiones, causando además

pérdida de recurso humano capacitado, así como también docentes importantes en la historia hospitalaria y abandono por parte de la universidad de las áreas clínicas, migración de médicos al extranjero y apertura de las universidades privadas; se centra el seguimiento de las residencias médicas en las áreas hospitalarias, además de la metodología en formación y reglamentación en cada establecimiento hospitalario.

El Reconocimiento de las Residencias médicas. Posterior a los acuerdos de paz, se desarrolla una reconstrucción social, se da el paso en la creación de la Ley de Educación Superior (2004). Con la llegada del 2009 inicia una reforma de salud en El Salvador, que marca propuestas para la coordinación de las residencias con el inicio de una nueva normativa (430) a la mejora de la enseñanza y propiciar la rectoría de las residencias médicas.

Acreditación

Concepto: mecanismo o proceso para calificar y/o evaluar la calidad de la educación médica, institución o programa.

Meta: proporcionar una norma mínima educacional aplicable a toda institución que solicite acreditación, construyéndose en la base de una estructura de muchos niveles de calidad.³⁸

Al momento existen 4 facultades de medicina (Universidad de El Salvador, Universidad Matías Delgado, Universidad Evangélica y Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer) que desarrollan sus programas en 15 establecimientos de salud, que son de tipo hospitalario, los cuales prestan sus servicios bajo diferentes niveles de complejidad así como así como también diferentes modelos de gestión, provisión y financiamiento.

Existen 6 programas acreditados por universidades, ver tabla # 9 donde además se identifica la relación entre universidades e instituciones de servicio de salud que se respaldan por un convenio inter institucional.

Los aspirantes a plazas de residentes, deben someterse a un proceso de selección, el cual se realiza bajo la responsabilidad de una comisión con representantes de la universidad y el hospital, y esta incluye: examen teórico, entrevista, pruebas psicológicas, análisis curricular y en algunos casos, examen práctico.

Los residentes tienen un doble rol académico-asistencial, ya que desarrollan funciones asistenciales en los hospitales y académicas desde el punto de vista universitario.

Los contenidos de los programas académicos son diferentes y cada universidad realiza un procedimiento para que sean aprobados y registrados en el Ministerio de Educación.

En el Ministerio de Salud, la instancia responsable de estos procesos son las Unidades de Formación Profesional (UFP). Cada hospital cuenta con programa de especialización en el caso del ISSS, el responsable es el Departamento de Docencia e Investigación Científica, ambos en sus respectivas instituciones, administran estos programas, asimismo se les asigna la responsabilidad de monitorear y dar seguimiento a las actividades de los residentes en proceso de formación conjuntamente con las universidades con las que tienen Convenios. (El grado de aplicabilidad es diferente entre los diferentes hospitales escuela).

Existe además una instancia local involucrada de los programas de especialización, en los respectivos departamentos clínicos de los hospitales, con una coordinación docente y un staff de médicos especialistas que participan en el desarrollo y evaluación de las actividades académicas. (Este aspecto no se encuentra regulado ni financiado).

En la actualidad, en el rol formador se identifica al “comité docente-universidad” como la instancia responsable de la definición del número de plazas anuales del programa de residentes, con diferente grado de aplicabilidad en los hospitales escuelas.

En general, se desconoce el presupuesto de las residencias médicas. Existe una diversidad de contenidos de los programas académicos, los procedimientos para la aprobación y registro en el Ministerio de Educación.

Sobre los criterios y requisitos para el ingreso de los residentes hay buena información sobre los aspectos en general solicitados a los aspirantes y los aspectos académicos exigidos.

Los residentes para que puedan desarrollar sus programas en todas las unidades consultadas solo realizan pago de matrícula y mensualidad a la universidad y no al hospital respectivo.

Se identifican como responsables de organizar el desarrollo de los programas a las UFP y a los jefes del departamento clínico.

En la distribución del trabajo de residentes, también se observa una amplia variación; la frecuencia de turnos con intervalos entre 3 y 4 días por semana.

¿ Marco legal institucional:

En el área legal el 100% de los hospitales evaluados cuentan con un convenio interinstitucional vigente que respalda su programa de residencia.

En relación a la acreditación el 100% opinan que está a cargo de la universidad y un 70% piensan que la certificación es responsabilidad de la universidad.

100% reafirma que no hay instancias que recertifiquen a los especialistas.

¿ Planificación y administración de las Residencias

Se identifica al “comité docente-universidad” como la instancia responsable de la definición del número de plazas anuales del programa de residentes, con diferente grado de aplicabilidad en los hospitales.

En general, se desconoce el presupuesto de la residencias.

Sobre los criterios y requisitos para el ingreso de los residentes hay buena información de los aspectos generales y académicos exigidos.

La figura de los residentes se reconoce en los hospitales como becario y nombramientos ad honorem.

Los residentes para desarrollar sus programas en todas las unidades consultadas solo realizan pago de matrícula y mensualidad a la universidad y no al hospital respectivo.

En términos de la distribución del trabajo para residentes y jefes de residentes, la percepción tiene una variabilidad muy amplia.

El marco regulatorio que ampara el actual funcionamiento de las residencias médicas, responde a la evolución histórica que han tenido, varios procesos simultáneos, entre ellos:

- La enseñanza de las especialidades concebidas y desarrolladas en los hospitales públicos y asociadas a su creación y funcionamiento (infraestructura de salud).
- Al desarrollo de la universidad pública como actor central y mas tardíamente a la universidad privada.
- La estructuración de la rectoría e institucionalidad en salud en el país y a la incursión de distintas instituciones proveedoras de servicios (con el Ministerio de salud, el Instituto de Seguro Social y otros proveedores / aseguradores)
- La instauración de institucionalidad para la vigilancia y habilitación del ejercicio profesional
- La respuesta y estructuración de las sociedades científicas – profesionales

El conjunto de actores involucrados en el proceso de las residencias medicas, han ido generando normativas, estableciendo mecanismos y procedimientos, la mayor parte de estos con una visión más bien institucional (hospitalaria) que por lo tanto aplica solo a sus propios desarrollos, estableciéndose de esta manera un panorama de alta fragmentación y heterogeneidad.

El marco regulatorio para las residencias médicas es principalmente de carácter institucional/hospitalario, de tal manera que tanto el MINSAL, como el ISSS y Sanidad Militar, han establecido convenios con universidades individualmente, a partir de la exigencia de la ley de Educación Superior.

No se encuentra ninguna normativa ni documento de política, que consolide con una perspectiva nacional, el número de plazas que cada uno de los hospitales de las distintas instituciones dispone, para la formación de especialistas.

Igualmente no se encuentra normativa que establezca parámetros comunes de calidad y exigencia, aplicables a todas las instancias que al momento forman al personal especializado.

La figura de los convenios interinstitucionales, representa un avance en estos aspectos, pero no bajo un marco de rectoría nacional, que constituya una propuesta integrada para el país.

Al finalizar los respectivos programas de especialización, se otorga título de especialista a quienes egresan de programas acreditados y diploma de finalización, a quienes egresan de programas que aún están en dicho proceso.

No se encuentran al momento vigente los procesos de acreditación de programas de formación, sino se restringe únicamente a la calificación de las universidades para su funcionamiento.

Al momento se cuenta únicamente con 6 programas que otorgan títulos acreditados y los de subespecialidades en proceso, dependiente únicamente de aplicar los procedimientos establecidos desde el 2004.

El MINSAL institución pública con 8 hospitales escuelas, en segundo lugar tenemos la seguridad social con 6 hospitales, dedicados a la atención de la población trabajadora y por último el Hospital Militar. La importancia de este radica a nuestra manera de ver que las poblaciones y enfermedades atendidas son diferentes, con complejidades y saturaciones

desiguales. El MINSAL cuenta con las 6 especialidades básicas, el ISSS con 5 especialidades (todas excepto pediatría) y el COSAM solo mantiene dos especialidades (medicina y cirugía).

En El Salvador se cuenta con 15 hospitales denominados hospitales escuela; ya que ellos ejecutan programas de residencias médicas avalados por el MINED. Se desarrolla un fenómeno en relación a esta variante que los médicos al finalizar sus estudios buscan ofertas laborales cercano a sus hospitales de formación, generando inconvenientes para contar con especialistas en otros áreas del país donde se ameritan la atención de los especialistas.

Evidenciamos que ha existido un aumento significativo de los médicos generales que egresan y que por consecuencia un incremento directamente proporcional del número de aspirantes de las diferentes especialidades médicas, sumando además la cantidad de recursos que buscan espacios en el mercado laboral. A la vez se observo que no existe un incremento notorio del número de plazas remuneradas en los diferentes centros de salud.

Según la brecha existente entre la oferta de plazas versus la demanda laboral de médicos egresados, notamos que las plazas remuneradas de médicos residentes de primer año se mantienen constantes en comparación con un leve incremento de los médicos egresados de las diferentes universidades. Considerando además que la mayoría de ocasiones los profesionales que no ingresan de manera directa a un residentado se suman en los siguientes años al proceso evaluación para optar a una especialidad médica, lo que significa que la demanda es aún mayor que la registrada solamente con el número de egresados.

En el MINSAL existe aún la figura de médico residente en hospitales que no son considerados hospitales escuela y por consecuencia lógica no pueden ser considerados médicos residentes ya que no se encuentran inscritos en un programa acreditado es decir de residencias médicas avalado por una instancia de educación superior. Además en los hospitales considerados escuela existen plazas asignadas a médicos con otras funciones pero administrativamente aparecen sumadas al número de plazas de residentes aunque en la práctica no lo son y esto debe ser superado posterior a un ordenamiento administrativo en cada uno de los hospitales.

El país cuenta con programas de residencias que han sido sometidos a procesos de acreditación por el Ministerio de Educación, estando autorizados para otorgar títulos de

especialistas de acuerdo a la Ley de Educación Superior vigente y otros programas que aun no han pasado por este proceso y únicamente están autorizados por los hospitales escuela para formar otras especialidades o las denominadas subespecialidades otorgan al final del período de estudios, un diploma que certifica que han concluido satisfactoriamente un programa de formación.

El conjunto de actores involucrados en estos procesos han ido generando normativas, estableciendo mecanismos y procedimientos, la mayor parte de estos con una visión más bien institucional que por lo tanto aplica solo a sus propios desarrollos, estableciéndose de esta manera un panorama de alta fragmentación y heterogeneidad.

No se encuentra ninguna normativa ni documento de política, que consolide con una perspectiva nacional, el número de plazas que cada uno de los hospitales de las distintas instituciones dispone, para la formación de especialistas.

La certificación profesional se otorga por el Ministerio de Educación a través del desarrollo de programas acreditados por el Ministerio de Educación (MINED). Al momento se cuenta únicamente con 6 programas que otorgan títulos acreditados y los de subespecialidades en proceso, dependiente únicamente de aplicar los procedimientos establecidos desde el 2004. Según algunos galenos la *organización de los departamentos de enseñanza* en alianza con la Universidad tiene diferentes momentos, entre los que podemos mencionar:

- Ya que algunos identifican sus inicios básicos de los departamentos de enseñanza en alianza con la Universidad de El Salvador y estos avalaban los diplomas en los años 90's a través de convenios, luego se separó de los hospitales formando unidades (por razones políticas); la unidades de enseñanza desde 1994, controlaban a la residencia en la forma de selección de los candidatos y administración de las residencias médicas casi de manera autónoma, con participación mínima de la universidad.
- Durante finales de los 90's se intenta retomar desde las autoridades centrales de la Universidad de El Salvador y de la facultad de medicina nuevamente el rol protagónico sobre las residencias médicas, presentando serias dificultades en los años 2000-2002 en donde se inicia una serie de movimientos en el área de la salud por parte del Gobierno de turno a quienes se les acusó de llevar hacia la privatización de dichos servicios; manteniendo inconformidad de la mayor parte del

gremio médico por lo que en ese entonces se crean alianzas entre el Colegio médico, diferentes ONG's, sociedad civil, trabajadores de la salud, médicos docentes, residentes y estudiantes de pregrado para manifestarse en contra de tal iniciativa por medio de las “marchas blancas”; llevando a remoción de algunos galenos que se desempeñaban como médicos y residentes principalmente en el ISSS como una medida de contención a tal iniciativa, lo que hizo que se retomaran las actividades con mayor fuerza hasta llegar a un acuerdo de no seguir con esta iniciativa, lo que fue considerado un triunfo por parte de los profesionales de la salud en aras de seguir protegiendo la salud de la población más desprotegida.

El 24 de octubre del 2004 se da el reconocimiento a través del Ministerio de Educación, ya que se crea la ley de educación superior tras “La presión de la sociedad (demandas) a médicos residentes y a las instituciones, por lo que surge la ley de educación superior”.

Las residencias médicas continúan bajo la administración de las unidades de enseñanza y siendo avaladas por la Universidad de El Salvador por medio de diplomas firmados de manera conjunta entre el director del hospital escuela y en ocasiones por el Ministro en turno o el director del ISSS y el decano o decana de la facultad de medicina, con el entendido de que muchos de los médicos formadores tenían el vínculo de ser docentes de la universidad y empleados de las instituciones, todo esto hasta que las autoridades de la facultad de medicina se desligaron de este proceso posterior a la problemática presentada en la administración de la Dra. Leticia Zavaleta de Amaya, que en ese entonces fungía como Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, a quién se le acusó de firmar diplomas de residencia de manera ilegal, lo cual llevó a las autoridades de la UES a tener sus reservas por dichas observaciones.

Durante la administración de las residencias médicas en manos de los departamentos de enseñanza desligados de la universidad se obtenían diplomas de residencia avalados únicamente por las autoridades de los centros hospitalarios, posteriormente se denuncian una serie de irregularidades que consistían desde selección inadecuada de residentes, hasta administración poco transparente de los fondos recolectados del proceso de selección de residentes. Todo esto hace que durante el 2009 en el primer año del nuevo Gobierno, con la Dra. María Isabel Rodríguez como Ministra de Salud se hiciera de manera acelerada una normativa en la cual se dejarían sin efecto a las Unidades de Enseñanza y se sustituirían por

las Unidades de Formación Profesional (UFP), que retomarían el vínculo académico entre los hospitales y las diferentes universidades, con esto tratando de que se recobrará el protagonismo que estuvo ausente durante muchos años de los sectores formadores que desde la creación de la Ley de Educación Superior no lo habían hecho, esperando que esto permitiera potenciar el rol académico de las diferentes universidades en las residencias médicas dentro de los hospitales escuela del Ministerio de Salud.

Es importante hacer mención que los residentes tienen un rol académico-asistencial, ya que desarrollan funciones asistenciales en los hospitales y académicas en su proceso de aprendizaje.

Los contenidos de los programas académicos son diferentes y cada universidad realiza un procedimiento para que sean aprobados y registrados en el Ministerio de Educación.

Un esfuerzo que es necesario mencionar es la iniciativa en las recertificaciones profesionales en Medicina que el Colegio Médico trabajó con las distintas filiales y formó el Consejo de especialidades médicas para avalar las diferentes especialidades y contar con procesos de educación continua para que cada 3 años se recertifiquen y aumente la calidad de los médicos. De acuerdo a ello el 15 de Noviembre de 2012 se inauguró públicamente el Sistema de Certificación y Recertificación de Educación Médica Continua, a través de la primera entrega de diplomas a 538 médicos, entre especialistas y generales

Es en Diciembre de 2011 donde el primer grupo de residentes recibe el título de especialistas reconocidos y avalados por las universidades y el Ministerio de Educación.

Luego de una serie de discusiones sobre las residencias médicas surge la temática de realizar reformas a la normativa 430; que de alguna manera pretendió hacer una regulación de las especialidades médicas en un momento crítico de cambio de autoridades; pero debido a que esta no fue construida en consenso con las instituciones formadoras y luego de un par de años de estar en vigencia, y ante los diferentes planteamientos de todos los involucrados en el proceso de enseñanza/aprendizaje, llámese docentes, estudiantes, coordinadores, autoridades hospitalarias, autoridades universitarias y autoridades del Ministerio de Salud, se plantea hacer comisiones que consoliden las diferentes opiniones de los involucrados y trabajen una nueva normativa que de manera consensuada reúna las condiciones idóneas para fortalecer los diferentes programas. Además desde el Ministerio de Salud ante la imperante necesidad de fortalecer las residencias médicas se toma la

decisión durante el año 2013 de trasladar el manejo del programa de residencias médicas desde la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, hacia la Escuela de Cuadros, parte del Instituto Nacional de Salud, dependencia que depende directamente de la máxima autoridad del Ministerio de Salud, esperando brindar el apoyo al más alto nivel posible.

En relación a las **percepciones de los médicos residentes** encuestados en un mayor porcentaje opinan que el rol formador lo asume la institución de formación (hospital) con un 37% y en segundo lugar consideran que ninguno que no es ni la institución ni la universidad sino que es de manera autodidacta dejándole el tercer lugar a ambas instituciones (hospital/universidad) y un escaso porcentaje reconoce a la universidad como la institución que asume con mayor compromiso el rol formador.

El 35% de los médicos residentes opinan que se encuentran satisfechos sobre el papel de los docentes, ya que lo consideran como un profesional que tutela al lado del paciente y solo el 21% que dedica tiempo adecuado al estudiante (sumados ambos porcentajes representan un 56%) versus al 34% que opinan que el docente es un profesional que prácticamente casi no le atiende.

Existe un grado de insatisfacción percibida en relación a la contribución de la institución formadora sobre la formación de los médicos residentes, ya que se considera intermedia o deficiente (83%).

Los programas de las residencias médicas guiados por las diferentes universidades dentro de la opinión de los médicos residentes en formación se cumplen de manera parcial en el 68% y un 13% no se cumple (sumando 81%) y solo opinan que se cumple completamente el 19%, es decir que el estudiante percibe que los programas pueden mejorar de acuerdo a las exigencias solicitadas.

La mayoría de médicos opinan que las residencias deben apuntar a: mejorar ciertas condiciones laborales y académicas en aras de apostarle a una mejora sustancial de los profesionales en formación, apostándole principalmente a: aumentar el número de plazas de residentes, brindar incentivos, flexibilidad hacia lo académico así como disminuir la carga laboral.

Al comparar el mejoramiento de los programas de residencia con la percepción sentida en el pregrado, según los residentes todas las instituciones formadoras muestran una leve mejoría o que se ha mantenido igual que cuando estos cursaron el pregrado, lo que significa

que la percepción de que exista una desmejora de los diferentes programas ronda el 28% (sumatoria de 15% que opina que ha desmejorado levemente y el 13% que ha mejorado sustancialmente).

Los residentes tienen la percepción que el resto del personal (los médicos agregados, staff o autoridades) los perciben como sacadores de trabajo o mano de obra barata para suplir las necesidades laborales de los hospitales en un 48% y el 45% como un profesional en etapa de formación sumándole el 3% un colega con las mismas oportunidades u derechos, lo que representa que aproximadamente la mitad muestra inconformidad sobre la percepción que tienen sobre ellos.

En su mayoría los médicos residentes no conocen sobre la reforma de salud en El Salvador en un 65%. De estos se ha identificado que la mayoría de los que han escuchado o conocen el proceso de reforma son residentes que inician su formación y han tenido recientemente la experiencia (servicio social) de empaparse de dicho proceso. Es decir que se evidencia que en los diferentes programas no ha sido incluida la información actualizada sobre el giro u orientación que actualmente tiene el Sistema Nacional de Salud.

En relación a las expectativas de los médicos residentes el 47% espera ir al extranjero a subspecializarse o buscar oportunidad laboral, es un hallazgo preocupante en el ámbito de recursos humanos por la fuga de especialistas; tomando en cuenta la inversión que las diferentes instituciones hacen para poder desarrollar a los diferentes profesionales. A la vez el 35% opinan que desean ejercer en una institución pública y privada/ clínica propia esto debido a la deficiencia laboral a la inadecuada distribución de las plazas de especialistas.

Existe muy buena opinión en general sobre la distribución de especialistas en el primer nivel; tomando en cuenta que esto representa una disminución de las consultas que no corresponden al nivel hospitalario; esperando que al tener especialistas en el primer nivel la capacidad resolutoria de este mejore. Sin embargo es importante mencionar que un 58% opina que a pesar de ser una decisión acertada no ha sido planificada adecuadamente.

La función del médico residente según la atención primaria en salud el 82% opinan que es trabajar en equipo interdisciplinario, con redes de atención y mejora de la cobertura y calidad de atención, lo que coincide con la pregunta anterior, el especialista puede ser un integrante importante de la atención primaria en salud en todos los niveles de atención.

Los médicos residentes en su mayoría conocen (73%) la escolaridad que se cancela en las otras universidades; posiblemente esto representa una comparación periódica que se realiza de acuerdo a la insatisfacción de los diferentes cobros y solo el 27% restante no las conoce. Los médicos residentes se sienten insatisfechos en un 93% (sumatoria de 75% y 18% que piensan que pueden mejorar) con el grado de enseñanza recibida en relación a la escolaridad que deben cancelar, así mismo solamente el 7% piensa que recibe una enseñanza adecuada; esto es importante retomar ya que contrasta con la percepción que tienen los residentes sobre el rol de la universidad en su formación.

El 64% de los médicos residentes opinan que para ser especialistas son suficientes tres años.

El un 88% (sumatoria de 51% opinan que no y 37% que opinan que parcialmente) de los médicos residentes perciben que las instituciones no proporcionan las condiciones para tener una enseñanza de primera. Y solamente un 12% opinan que si existen tales condiciones.

Los médicos opinan que en el proceso de selección de las residencias, deben participar ambas instituciones (la universidad y el hospital) ya que en un 81% manifiestan que es importante mantener el vínculo del sector formador y el sector asistencial. La mayoría de los residentes han recibido algún tipo de sanción.

Existe una diferencia notable entre el número de horas que se dedica al abordaje del componente asistencial dentro de los servicios de salud versus las escasas horas que se dedican al ámbito estrictamente académico, tomando en cuenta que dichos profesionales aún se encuentran en proceso de formación.

Casi en su totalidad los residentes opinan que necesitan algún tipo de incentivo, ante la labor que ellos desempeñan.

La diversidad de instituciones formadoras (Ministerio de Salud, ISSS y Sanidad Militar), a dado lugar a que las planificaciones de plazas para médicos residentes se centren a nivel hospitalario llevando a un déficit de especialistas a nivel nacional.

Los entrevistados (actores claves) opinan que se definió contar con especialistas en el primer nivel de atención en el marco de la reforma de salud de forma estratégica, debido a que se espera contar con mayor cobertura, disminuir las inequidades y descentralización de los servicios de salud. Es decir la atención integral e integrada de servicios de salud con una

mejor distribución en los servicios mejorando la resolutiveidad con el trabajo de los equipos multidisciplinarios en redes de atención.

Contar con especialistas en los ECOS especializados es una oportunidad para contribuir a mejorar los indicadores de salud a la población, disminuir la carga laboral de los recursos hospitalarios, tratamiento temprano de las enfermedades crónicas y referencia a los niveles correspondientes.

Una política de recursos humanos, enmarcada a puntualizar el rol del Ministerio de Salud, ante las necesidades críticas de especialistas, definición de perfiles y mejora de la planificación de recursos humanos, que reduzca la brecha laboral existente debido a la histórica planificación de plazas en base a las necesidades institucionales (hospitales).

El contar con especialistas en el primer nivel de atención planteado en la reforma de salud, para los actores claves en su mayoría (un 73%) es una decisión acertada, pero que le falto planificación por la diversidad de contextos (regulatorios, oferta demanda, incentivos, perfiles epidemiológicos, etc.) que presenta las residencias médicas en El Salvador, en relación al 27% que opina que fue una decisión acertada y bien planificada, con la finalidad de contar con los médicos especialistas necesarios a nivel nacional.

Los entrevistados opinan que la función del médico residente según la estrategia de la Atención Primaria en Salud (en un 64%), serán profesionales que trabajarán con equipos interdisciplinarios y en redes de atención para mejorar la atención de la población, la cobertura y calidad de la atención, lo cual beneficia controlando las diferentes enfermedades en los niveles locales y hace que el especialista no se centre solo patologías de difícil manejo estrictamente en el ámbito hospitalario).

Los entrevistados están claros en la mirada al futuro de la reforma de salud, centrándose en la planificación estratégica, la implementación de una política de recursos humanos que incluya incentivos equitativos, lineamientos que regule los programas de residencias en sus diferentes ámbitos regulatorio, académicos así como la satisfacción de los médicos en formación.

Antes de definir las necesidades de plazas a ofertar para médicos residentes es importante plantear la formulación de un diagnóstico situacional, con el objetivo de partir de una realidad clara y objetiva y acorde a esto definir las líneas prioritarias.

La mayoría de entrevistados opinan que si el residente tuvo la oportunidad de iniciar su formación debe continuar y finalizar, si sus evaluaciones son satisfactorias.

Tanto el desempeño asistencial como el académico es importante para la formación de residentes con calidad en la atención, pero la saturación de los centros hospitalarios lo que dificulta y hace que se centre la función del residente en lo meramente asistencial; que si bien es cierto la medicina se basa en la evidencia y experiencia debe haber un equilibrio y sobre todo una adecuada supervisión y tutela.

Podemos observar que en relación a un incentivo a los docentes que no son remunerados el 91% de los entrevistados opinan que deben de tener incentivos

Las jefaturas de las Unidades de Formación Profesional deberían de tener un rol protagónico en los programas de residencias médicas ya que son los actores locales para el funcionamiento y seguimiento de las especialidades articulándose con el resto de involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se considera que los médicos directores de los hospitales deben tener mayor protagonismo en la formación de las residencias médicas, coordinando con las universidades y los encargados de los programas de residencias en los centros hospitalarios ya que muchas veces son estos quienes definen el número de plazas a ofertar, aunque se hace la aclaración que debe descansar en un coordinador, pero con el apoyo al más alto nivel dentro de la institución, que recae en el director del centro hospitalario.

La participación del MINED es considerada para el 45% de los entrevistados como protagónica, a comparación del otro 55% que lo considera poco adecuado ya que esta debe centrarse principalmente a la aprobación de programas y sus contenidos, más que a participar activamente en las funciones que la institución formadora/empleadora tienen que tener con el profesional

VII. CONCLUSIONES

1. Las residencias médicas en El Salvador constituyen un tema de preocupación y en especial un debate interesante; en relación a esto es importante hacer mención de los diferentes obstáculos, principalmente administrativos encontrados a lo largo del estudio, donde podemos citar: la falta de datos completos y actualizados, poca importancia asignada a su generación por parte ciertas instituciones y autoridades consultadas, esto debe motivar a la reflexión sobre la articulación necesaria para disponer información veraz que servirá para la evaluación, planificación y seguimiento, en el marco de un acceso transparente, no privilegiado y no exclusivo del campo de las residencias médicas.

2. En el marco de la evolución histórica se pudo observar que aunque no existía acreditación por medio de una institución de educación superior, era reconocida a nivel nacional e internacional la calidad de profesionales formados en nuestro país, confirmado según la percepción de informantes claves, sobre notables diferencias entre la formación recibida hace algunas décadas, y la que se brinda en la actualidad, denotando un deterioro sustancial en la formación y la mística con relación a la denominada época de oro

3. La enseñanza en el sistema de residencias médicas, reproduce un modelo de enseñanza de histórico, fundamentado en una jerarquía marcada, donde prima una política curricular no explícita pero que en la práctica le otorga el poder de decisión sobre otras posibilidades de profundización de un tema/ problema al individuo de mayor rango. Esta jerarquía se hace evidente en la manera personalizada como se realiza la planificación educativa, con una marcada ausencia de espacios de reflexión con quienes intervienen en el proceso educativo

4. Desconocimiento de la parte normativa y regulatoria dentro de las instituciones, esto atribuible a la ausencia de una política nacional de residencias médicas, existiendo una notable diferencia entre programas y prestaciones hacia quienes son considerados en ciertas instituciones como becarios, además de una notoria debilidad en la estructura organizativa y la distribución cuantitativa de residentes en relación a los egresos del sector formador, a las necesidades del sistema y a las demandas de salud de la población, ya que

pareciera obedecer a una asignación histórica; representando una sobrecarga laboral a los residentes seleccionados y un escenario que permite en el caso del MINSAL aceptar plazas denominadas ad honorem, con las mismas responsabilidades que el resto del equipo.

5. Existe una crisis de gobernabilidad y cohabitación entre el campo asistencial y el de la formación, que hace que los diferentes profesionales en formación se encuentren en el medio de un ambiente donde unos se encargan de responsabilizar a otros y en raras ocasiones se hacen esfuerzos para abordar las diferentes problemáticas de manera integral tanto en lo académico y lo asistencial.

6. Carencia de un presupuesto propio, espacios físicos adecuados, materiales educativos y bibliotecas con lo mínimo necesario, acceso a medios tecnológicos y de estímulos hacia los médicos residentes, contrastado con la sobrecarga de labor asistencial versus el escaso tiempo dedicado a la parte académica, siendo esta última orientada fundamentalmente a un desempeño hospitalario, sin rotar en diferentes niveles.

7. Poca planta docente y poco tiempo dedicado al acompañamiento exclusivamente a los médicos residentes, que se traduce en deficientes actividades de evaluación, seguimiento y orientación de las residencias, además de una clara ausencia de una política de formación de docentes por parte de las instituciones involucradas en el proceso de enseñanza de los profesionales en formación.

8. Falta de investigación y carencia de proyectos propios de investigación, sumado a un desconocimiento del proceso de reforma de salud y componentes de atención primaria en salud, enfocándose a un abordaje meramente hospitalario, sin tomar en cuenta las determinantes de la salud.

9. La oferta laboral posterior a su formación es mínima, y eso se traduce en que la inversión que se hace en preparar recursos humanos, con las competencias necesarias no es optimizada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud, por ello deben

incrementarse esfuerzos para incorporar recursos y así evitar la fuga de profesionales con las capacidades y competencias para brindar una mejor atención a la población.

10. Los grandes problemas de las residencias médicas parecieran estar claros y además consensuados de que los más notorios son éstos; sin embargo existen otro tipo de problemas más gruesos que tiene que ver con el modelo de atención, el costo de la atención y de la formación de médicos generales y especialistas, que sería interesante que se puedan abordar en otra investigación, ya que están muy relacionados con el desempeño en las áreas asistenciales y por ende en la formación de nuestros especialistas.

VIII. RECOMENDACIONES

PRESTADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Es necesario empapar a los diferentes funcionarios vinculados con el campo de las residencias médicas sobre las diferentes normativas y regulaciones existentes, además de revisar las diferentes normativas y enfoques, revisando específicamente la inclusión de enfoques de atención primaria en salud.
2. Trabajar intensamente y de manera intersectorial para revisar desde el aspecto financiero, un presupuesto destinado al campo específico para la formación de especialistas, tanto en los servicios de salud, como en las diferentes universidades, principalmente en las que se considera a los postgrados como autosostenibles.
3. Promover las especialidades médicas, especialmente en aquel tipo de especialidades que se adaptan a las necesidades del país, como la especialidad de medicina familiar, muy relacionada con el actual modelo de atención
4. Promover la rotación de residentes en diferentes niveles de atención, permitiendo conocer el abordaje que se tiene en estos e incrementar en mayor proporción el número de plazas remuneradas y evitar las contrataciones ad honorem.
5. Gestionar mejoras de infraestructura, equipamiento y acceso a tecnologías,
6. Garantizar en la medida que sea posible inclusión en los diferentes servicios a un buen número de profesionales formados en las diferentes especialidades.
7. Incentivar la investigación en los diferentes campos y promover publicaciones.
8. Determinar la oferta y demanda de servicios de salud, en este caso de forma más específica las referidas a médicos especialistas.
9. Crear una comisión nacional de residencias médicas, que permita la creación de una política nacional de residencias médicas
10. Incentivar a que se incrementen los estudios relacionados sobre las dificultades en el marco de las residencias médicas y revisar si es necesario hacer un replanteamiento de la currícula.
11. La actividad asistencial y el paciente deben de constituir un eje fundamental en la formación de los especialistas, ya que en el contexto de los servicios de salud y las

prácticas el paciente debe servir como motor de conexión entre los docentes especialistas y los profesionales en formación.

HOSPITALES

1. Establecer una base de datos unificada y a la vez mejorar las fuentes de información, y poseer datos actualizados y mejorar el acceso a estos.
2. Incrementar la planta docente y considerar la atención en horarios escalonados, promover y reforzar el sistema de monitoreo y evaluación, tanto de la planta de residentes, como de los diferentes formadores.

UNIVERSIDADES

1. Revisar el proceso de enseñanza y aprendizaje desde el pregrado, ya que desde ahí tiene que considerarse un enfoque diferente para fortalecer la formación de profesionales tanto en medicina general, como en las especialidades médicas.
2. Hacer una revisión de la carga laboral versus las horas administrativas, buscando un equilibrio y brindar flexibilidad para participar en actividades académicas.
3. Incentivar la investigación en los diferentes campos y promover publicaciones.
4. Establecer programas de formación de formadores en las residencias médicas; además de revisar los enfoques educativos en la formación universitaria, tanto de pregrado como de postgrado, y el desarrollo profesional en salud deben mantenerse en constante transformación
5. Fortalecer y cumplir los diferentes programas de estudio y evitar el desconocimiento del residente acerca del mismo; además de fomentar un esquema integrador de conocimientos “médicos”; y una puesta en común sobre el currículo; y fundamentalmente, una orientación de los procesos de enseñanza y aprendizaje tomando como base las situaciones prácticas.
6. Incentivar a que se incrementen los estudios relacionados sobre las dificultades en el marco de las residencias médicas y revisar si es necesario hacer un replanteamiento de la currícula.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. ARCHIVOS DEL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR, volumen 15, No 3, San Salvador, El Salvador. septiembre 1962.
2. ARROYO, JUAN, Análisis y propuesta de acreditación de campos de práctica en la formación de pre y postgrado de los profesionales de salud, Lima, Perú, Enero 2007
3. ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE EL SALVADOR, Historia
<http://asopedes.org.sv/organizacion-/historia.aspx>
4. ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE PSIQUIATRÍA
<http://www.psiquiatriaselsalvador.com/historiadelaasp.htm>
5. ASTACIO, JOSÉ NICOLÁS, DR.; IV, V Asambleas Médicas Instituto Salvadoreño. San Salvador. 1971
6. BORRELL BENTZ, ROSA MARÍA, La educación médica de postgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa, Organización Panamericana de la Salud- OPS-2005, 1era Edición. Buenos Aires, Argentina.
7. CANIZALEZ DE HERNÁNDEZ, NURIA STELLA DRA., Plan de absorción para residentes de ingreso 2001 y 2002 a programa de medicina familiar, 2002, San Salvador.
8. COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR Y UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Anteproyecto del programa de reglamentación de estudios de postgrado, San Salvador, El Salvador, Febrero 1998.
9. CONFERENCIA PRONUNCIADA EN EL HOSPITAL NAVAL TEDRO MALLO" el 12 de Diciembre de 2002 http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=226
10. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, Historia, pagina Web
http://www.cssp.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=84
11. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, La Facultad Informa, Volumen 3, Ejemplar 5, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998
12. FERNÁNDEZ TAYLOR, KENNETH R. Dr, Exceso de horas laborales de médicos en formación en El Salvador.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=47902>

13. FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. A report of the Carnegie Foundations on the Advancement of teaching, Boston U.S.A 1910.
14. FLEXNER, A. Medical education: a comparative study. The Macmillam Company, New York, USA 1925
15. HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD, HISTORIA
<http://www.hnm.gob.sv/default.aspx?pg=1ec16729-d6f0-4480-bc2a441c6cfc1174>
16. HOSPITAL NACIONAL DE SONSONATE, HISTORIA
<http://hospitalmazzini.org/Historia.aspx>
17. INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Historia de la Medicina de El Salvador, año 2000. <http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/151000/histo.htm>
18. INFANTE MEYER, SALVADOR Dr., Hospital Nacional de Maternidad, San Salvador, El Salvador, Primera edición, Noviembre de 2003.
19. LEYES RELATIVAS AL SISTEMA DE SALUD,<http://www.disaster-info.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/centroamerica/salvador/salud/>
20. MARTÍNEZ DE QUINTANILLA, ANA BEATRIZ, DRA, Compilación de datos sobre el origen de la medicina interna en el Hospital Nacional Rosales, 2007.
21. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Historia y Reforma de la Educación Superior en El Salvador.
22. MINISTERIO DE SALUD, Historia <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>
23. MINISTERIO DE SALUD, informe de labores, 2009-2010
24. MINISTERIO DE SALUD, informe de labores, 2010-2011
25. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Construyendo La Esperanza, Estrategias y recomendaciones en Salud, 2009-2014
26. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Norma para el desarrollo de los programas de especialidades médicas y odontológicas en los hospitales nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
27. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Sistema de evaluación de residentes de los hospitales Nacionales de la Red de Ministerio de Salud. El Salvador, Marzo 2007

28. MOISA, CARLOS FRANCISCO DR. ,Escaneado editorial Anales del ISSS 1980
29. OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad.
30. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, Informe sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra 1998.
<http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm>
31. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Reunión sobre Residencias Médicas, Asunción, Paraguay, 15 al 17 de septiembre, 2010
http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3424
32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe mundial de recursos humanos
33. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 22 Especialidades Médicas en América Latina: Análisis de Disponibilidad de Ocho Países Seleccionados, diciembre de 1999.
34. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 20 Programa de residencia en la especialidad de Medicina Familiar. San Salvador. 2002
35. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Proyecto de cooperación centroamericana para el fortalecimiento de la formación de especialidades médicas, Honduras, Julio de 1997
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Residencias médicas en América Latina, Washington DC. USA, 2011
37. RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL, DRA, Presentación Formas Especiales de Regulación, certificación y Acreditación, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998.
38. RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL, DRA, Presentación Importancia de la Acreditación de los programas de Posgrado en Salud en El Salvador, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998.
39. RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL, DRA, Presentación Las Especialidades Médicas, San Salvador, El Salvador, Julio de 1998
40. RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL, DRA, Presentación Las Especialidades Médicas a 100 años de la fundación del Hospital Rosales, San Salvador, El Salvador, 2002
41. SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE EL SALVADOR, Boletín médico, Volumen 1, San Salvador, El Salvador, 1969.

42. TUNING AMÉRICA LATINA. <http://www.tuningal.org/es/proyecto-tuning/objetivo>
43. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Biblioteca Virtual, http://virtual.ues.edu.sv/bvues/index.php?option=com_content&task=view&id=347&Itemid=161
44. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Facultad de Medicina, Revista Ciencias de la Salud, Ciudad Universitaria, San Salvador, El Salvador, 1992.
45. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Programa de Especialidades Médicas, Planes de estudio, Comisión de Postgrado, Ciudad Universitaria, San Salvador, El Salvador, mayo 1998.
46. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Reglamento general de la Facultad de Medicina, Diario Oficial, San Salvador, El Salvador, 11 de mayo de 1977
47. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Taller sobre especialidades médicas en El Salvador, Lineamientos para el programa nacional de especialidades médicas, San Salvador, 27-29 de Julio de 1998.
48. VÉRTICE, El Hospital Psiquiátrico en la Historia. 2005
<http://www.elsalvador.com/vertice/2005/280805/deportada2.html>
49. YÉPEZ, RODRIGO. OPS-OMS, Serie: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Tomo N° 16, julio 2001

ANEXOS

Anexo No 1

Acta de Fundación de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador

PÁGINA 141

La suscripción á este periódico es de 4 real por núm. y se recibe en la imprenta del Gobierno

GACETA

DEL GOBIERNO SUPREMO DEL ESTADO

Del Salvador,

EN LA REPÚBLICA DE CENTRO-AMÉRICA.

Saldrá los viernes de cada semana puntualmente.

T. 1.º

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 26 DE 1847.

N. 39

OFICIAL.

Ministerio de relaciones y gobernacion del E. G. del Estado del Salvador.

El Sr. Presidente del Estado me ha dirigido el decreto que dice—El Presidente del Estado del Salvador.

CONSIDERANDO:

Que los alumnos del Colegio de la Asuncion de esta ciudad hacen cada dia grandes progresos en la carrera literaria á que están dedicados:

Que dicho establecimiento está provisto de las cátedras necesarias para el estudio del derecho civil, y canónico.

Que entre los varios jóvenes que por su aprovechamiento han obtenido en esta Universidad el grado de bachiller en Filosofía, muchos de ellos quieren dedicarse al estudio de la Medicina.

Que no habiéndose establecido, hasta ahora, las clases necesarias para cultivar esta parte interesantísima de los conocimientos humanos tendrian aquellos que violentar su natural inclinacion, ó que gravarse saliendo de su pais natal para adquirir los elementos precisos para formarse profesores de medicina:

Que una de las cosas mas necesarias á este respecto es un hospital cuyo régimen y administracion está bien sistemado, y que por fortuna el que existe en esta capital, en el día, está mejorado en cuanto es posible, debida está mejora á los esfuerzos, y caritativa dedicacion de las muy recomendables personas á quienes está encargado su cuidado y asistencia; usando de la amplia autorizacion que le confieren los artículos 1.º y 9.º del decreto legislativo de 10 de febrero de 1841, ha venido en decretar y

DECRETA.

Art. 1.º Se establece en el colegio de la Asuncion de esta capital una Cátedra de Medicina, que dará principio por el estudio de la anatomía, debiéndose abrir el día 15 del entrante Diciembre.

Art. 2.º Se proveerá interinamente dicha Cátedra con uno de los profesores de Medicina que actualmente residen en el Estado, con la asignacion mensual de 40 pesos que pagará puntualmente la Tesorería de Instruccion pública.

Art. 3.º Para entrar á cursar esta clase se necesita haber estudiado, y tener un certificado de estar examinado en latinidad, y el título de Br. en Filosofía—Sin estos requisitos el Catedrático no podrá admitir á ningun alumno en calidad de cursante.

Art. 4.º El Catedrático adoptará, para que sirva de texto á la enseñanza, una obra elemental de las que gozan de mejor crédito en el dia.

Art. 5.º La facultad de Medicina que entre poco tiempo se establecerá en esta ciudad, se ocupará de sistemar y reglamentar la enseñanza de este ramo, así como la de los otros que le sean accesorios.

Lo tendrá entendido el Ministro de relaciones y gobernacion, y dispondrá en imprenta, publique y circula.—Dado en San Salvador, á 15 de Noviembre de 1847.

— *Francisco Aguilar* — Al Sr. Licenciado Francisco Ducaña.

Y de orden suprema lo comunico á U. para que lo haga publicar y circular en el departamento de su mando.

D. U. L.—San Salvador, Noviembre 15 de 1847.—*Ducaña*.

Anexo 2.

Invitación a la participación del Taller denominado “Lineamientos para el programa Nacional de Especialidades Médicas”

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO
CIUDAD UNIVERSITARIA

San Salvador, 1 de julio de 1998

Doctora María Isabel Rodríguez
Miembro del Comité Organizador del Taller
“Lineamientos para el Programa Nacional de Especialidades Médicas”

Estimada Doctora Rodríguez:

Me es grato saludarle en nombre de nuestra Facultad de Medicina, desearle éxitos y expresarle nuestra voluntad de continuar aportando juntos al bienestar de la sociedad salvadoreña.

Por este medio tengo mucha satisfacción en invitarle a participar en el taller: “LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS” que llevaremos a cabo del día 27 al 29 de julio del presente año. Dicho taller se llevará a cabo en nuestra histórica Escuela de Medicina, hoy conocida como “Rotonda” de acuerdo al programa que adjuntamos.

El taller reviste trascendencia histórica ya que marcará un salto de calidad en el proceso de formación de Recursos de Postgrado, componente importante e impostergable en cualquier proceso de Reforma Sectorial.

El taller surge como resultado y a iniciativa del Colegio Médico a través de su Comité de Actividades Científicas y nuestra Facultad de Medicina, luego de un prolongado proceso de elaboración al que se sumó el interés conjunto expresado por diferentes funcionarios de Instituciones prestadoras de servicios formadoras de Especialistas Médicos a través de Residencias, así como entidades gremiales y académicas. También a través de abordar el problema de los actuales planes de rotación de los Residentes de Cirugía y Medicina Interna, con representantes del Ministerio de Salud, del Hospital Rosales y la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. Finalmente de la necesidad de incorporar las Especialidades Profesionales, para el caso las médicas, a la nueva ley de Educación Superior para su reconocimiento.

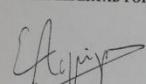
Final 25 Av. Norte, San Salvador, El Salvador, C.A. Tel.: (503) 225-8318 Fax: (503) 225-8822
E-mail: espinoza@sal.gub.net espinoza@biv.ues.edu.sv

Remitimos a Ud. el documento base para la discusión, así como el programa y nos gustaría recibir sus opiniones y sugerencias al respecto, ya que pretendemos obtener el mejor producto del taller con la participación de los involucrados desde la preparación del mismo.

Por ser de gran interés para la salud de toda la nación, esperamos contar con su presencia y se lo agradecemos de antemano.

Atentamente,

HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA


Doctor Eduardo Antonio Espinoza
DECANO



Anexo 3

Publicación en La Facultad de Medicina, sobre los avances en la discusión de las residencias médicas

La Facultad Informa

Volumen 3 Ejemplar 5 Julio 1998

Facultad de Medicina de la UES convoca a taller de Postgrado en Especialidades Médicas

LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS: UNA NECESIDAD HISTÓRICA PARA EL PAÍS Y PARA LA UNIVERSIDAD.

Como resultado de un largo proceso de más de un año de duración, conjuntamente con el Comité de Actividades Científicas del Colegio Médico, presidido por el Dr. Salomón Flores Alfaro y con un grupo de Profesionales sinceramente preocupados por el desarrollo de este proceso que también contribuirá a elevar la salud de la población y la calidad de la docencia médica, la Comisión de Postgrado de la FM, ha organizado un Taller con la participación de todos los actores sociales involucrados en este proceso. A dicho taller están asistiendo representantes del Colegio Médico, Hospital Rosales, Programas de Residencia, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Ministerio de Salud Pública, Sanidad Militar, universidades Privadas y por supuesto nuestra Facultad de Medicina que organiza el taller.

El taller se realizará los días 27, 28 y 29 de julio en el Colegio Médico de la UES de la mañana a 4 de la tarde y ha contado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).



DIEZ AÑOS DESPUÉS... LEGITIMANDO EL PROCESO

Por Sergio Cañas,
Jefe del Depto. de Residencia Preescolar y Salud Pública

La Facultad de Medicina asiste a un hecho tan trascendente al menos en los últimos quince años: se han iniciado los inicios de un proceso de desarrollo y actualización curricular, que por su carácter participativo espera ser la legitimación de la Curricula que en su momento no contó con la mejor oportunidad para desarrollarse significativamente un espacio de participación, se pensó de poner en riesgo su propia viabilidad ante las resistencias al cambio. Ciertamente, ello parece estar

nos acercar a la verdad re-educando con el cambio curricular del Decanato operado en 1988, cuyo proceso de legitimación plena se llevó a cabo.

En estos primeros años de su período inmediato anterior, dicho curriculum contó con una coherencia de fuerzas defendibles: apoyo entusiasta del Decanato para su implementación, resistencias de docentes a participar en su ejecución, miedo a una eventual reconversión de poder, instituciones reacias a la unidad en quien fue delegada su coordinación y seguimiento de la ejecución comunitaria y hasta una atmósfera nacional riesgosa para incluir un escenario comunitario dado el contexto de guerra.

Con semejantes amenazas, resulta hoy encomendable el arrojo de quienes - más con todo - decidieron aprovechar la oportunidad de iniciar en la formación del médico una nueva orientación curricular basada en una fundamentación científico-filosófica que trascienda siendo su propia y mejor auto-defensa. Nada cuestionaria ese

En este ejemplar

- 1 El Postgrado avanza en firme!!!
- 2 Legitimando el Curriculum (Por Sergio Cañas)
- 3 Holanda y Nicaragua transmiten experiencia
- 4 Estudiantes y Colegio Médico a JD
- 5 Ecotecnología monitorea agua en Nejapa

Anexo No. 4

Listado informantes claves, aspectos históricos Residencias Médicas

1. Dra. María Isabel Rodríguez (Ministra de Salud)
2. Dr. Melvin Guardado (Jefe de cirugía Hospital Nacional Rosales)
3. Dr. Roger Fuentes Umanzor (Jefe de urología del Hospital Rosales)
4. Dr. Andrés Goens (Staff de cirugía plástica Hospital Rosales)
5. Dr. Eduardo Santamaría, (cirugía ISSS)
6. Dr. Santiago Cerón (Jefe de servicios de medicina interna Hospital Rosales)
7. Dra. Geraldina Castillejos, (Jefe de medicina interna del HN Rosales)
8. Dra. Rosa Lorena Alvarenga, (Jefa de medicina interna ISSS)
9. Dr. Miguel Guidos (Ex jefe del Departamento de ginecología U. de El Salvador)
10. Dr. José Mauricio Magaña (Ex Director Hospital de Maternidad)
11. Dr. José Enrique Amaya Najarro (Staff y jefe del Departamento de ginecología UES)
12. Dr. Jorge Zavaleta, (Ginecólogo Hospital primero de mayo ISSS)
13. Dr. Danilo Arévalo, (Jefe Ginecología, Hospital primero de mayo ISSS)
14. Dr. Fernando Rivera Fortín Magaña (Hospital Primero de Mayo)
15. Dr. Eduardo Suárez Mendoza (Médico jubilado y ex jefe del Departamento de Pediatría)
16. Dr. Eduardo Suárez Castaneda (Director de enfermedades Infecciosas, ex jefe del departamento de pediatría UES y ex coordinador de residencias UES)
17. Dr. Jesús Portillo López (Staff de pediatría, Director del hospital Zacamil)
18. Dr. Felipe Mejía Ochoa (Staff del Hospital Psiquiátrico)
19. Dr. Carlos Acevedo Oliva (Staff del Hospital Psiquiátrico)
20. Dr. Ernesto Martínez Aviles, (jefe de enseñanza Hospital Amatepec ISSS).
21. Dr. Julio Robles Ticas (Director Nacional de Hospitales)
22. Dr. Giovanni Ríos Perla (Coordinador Residencias Médicas U. de El Salvador)
23. Dr. Roberto Sánchez Ochoa (director de Hospital Nacional de Maternidad)
24. Dr. Walter Orlando Lara Amaya (director de hospital Nacional Psiquiátrico y General)

Anexo No. 5

Guía de Entrevista a informantes claves para el diagnóstico de la Situación de Residencias Médicas en El Salvador. OPS- MINSAL

Nombre: _____

Año de Graduación de pregrado: _____ Postgrado: _____

Especialidad: _____ Subespecialidad _____

JVPM: _____ Clase de Informante clave: _____

Hospital de formación: _____

Indicaciones: Favor conteste las preguntas que se exponen a continuación:

1. ¿Podría indicar usted el año o década del inicio de las residencias médicas en nuestros hospitales?

2. ¿A quiénes identifica como precursores del inicio de las residencias médicas?

-Líderes _____

- Otros _____

3. ¿Podría recordar el nombre de 3 de los primeros Residentes de El Salvador?

4. A su criterio ¿Cuál fue el objetivo de la creación de las residencias médicas en El Salvador?

- Para crear nuevas plazas de trabajo _____

- Debido al Insuficiente personal en los servicios _____

- Orientado a brindar una formación académica _____

-Otro (Explique) _____

5. A su criterio, ¿cuál es el papel del residente en el que hacer diario de los hospitales?

- Sacar trabajo (Mano de obra barata) _____

- Profesional en un proceso de formación académica _____

- Un trabajador más sin mayor compromiso académico _____

-Otro (Explique) _____

6. ¿Puede identificar periodos, sucesos importantes o emblemáticos que incidieron en la historia de las residencias médicas en El Salvador? Ya sea de su especialidad u otras especialidades.

7. ¿Cree usted que la guerra civil en El Salvador tuvo algún impacto directo en el proceso de las residencias médicas?

- Retrasos académicos _____

- Disminución del número de residentes _____

- Desapego del área académica por el área meramente asistencial _____

-Otro (Explique) _____

8. ¿A su juicio, existe algún suceso en la historia que causó el reconocimiento de las residencias médicas como especialización?

-Reconocimiento de la Universidad de El Salvador _____

-Reconocimiento del MINED (Educación superior) _____

-Establecimiento de las Unidades de Formación profesional _____

-Otro (Explique) _____

9. ¿Según su conocimiento en qué año o periodo inicia el programa acreditado de residencias médicas en nuestro país y quiénes coordinaron este esfuerzo?

10. ¿En qué época de la historia inicia la organización de los departamentos de enseñanza en alianza con las universidades para la implementación de las residencias médicas?

11. ¿Puede mencionar los cambios más sustanciales que ha vivido las residencias en el hospital, desde su creación hasta la actualidad?

12. ¿Cuándo y cómo surgen las sub especialidades médicas?

13. ¿Cuándo surgen las primeras normas y reglamentos de las residencias médicas?

14. ¿Podría mencionar tres puntos que se debería de cambiar en la formación de las residencias médicas actuales?

En relación a:

- La formación académica

- La práctica clínica

15. ¿Cree que las residencias médicas en la actualidad han disminuido en su calidad a comparación de la denominada época de oro de la medicina en El Salvador?

Si _____

No _____

16. ¿Cuáles cree usted que son los 3 elementos más importantes para poder aportar desde las residencias médicas a la Reforma del sector salud en El Salvador?

Anexo No. 6

Listado informantes claves aspectos cuantitativos Residencias Médicas.

No.	Institución/Hospital /Universidad	Unidad	Responsable
1	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Departamento Docencia e Investigación Científica	Dra. Claudia de Blanco
2	Hospital Nacional Rosales	UFP	Carlos Eduardo Rivas Salguero
		Unidad Recursos Humanos	Ing. Aída Hernández
3	Hospital Nacional Zacamil	UFP	Dra. Rosario Zavaleta
		Unidad Recursos Humanos	Lic. Arabela Escobar
4	Hospital Nacional de Maternidad	UFP	Dr. Guillermo Ortiz Avendaño
		Unidad Recursos Humanos	Lic. Amada Margarita Arce
5	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	UFP	Dr. Saúl Valdez
		Unidad Recursos Humanos	Ing. Mauricio Castillo
6	Hospital San Rafael	UFP	Dr. Carlos Ernesto Godínez
		Unidad Recursos Humanos	Lic. Ana María Zelada de Sandoval
7	Hospital Militar	UFP	Dr. Arévalo Gutiérrez
		Unidad Recursos Humanos	Tte. Cnel. Juan David Cisneros
8	Hospital Nacional Psiquiátrico	UFP	Dra. Dina Callejas
		Unidad Recursos Humanos	Lic. Jazmín Jaime de Díaz
9	Hospital Nacional Saldaña	UFP	Dr. Julio César Urbina
		Unidad Recursos Humanos	Lic. Esperanza Portillo
10	Hospital San Juan de Dios San Miguel	UFP	Dr. Mauricio Escolero
11	Hospital San Juan de Dios Santa Ana	UFP	Dr. Melitón Burgos
		Unidad Recursos	Lic. Gladys Sánchez de Vega.

		Humanos	
12	Universidad de El Salvador	Administración Académica. Facultad de Medicina	Ing. Julio Cedillos Bolaños
		Administración Académica Facultad Odontología	Dr. Julio Cañas
13	Universidad Dr. José Matías Delgado	Facultad Ciencias de la Salud Decanato	Dr. Nicolás Astacio Soria
14	Universidad Evangélica de El Salvador	Facultad de Medicina Decanato	Dra. Cristina de Amaya
15	UES Facultad Multidisciplinaria de Oriente	Administración Académica	Lic. Cristóbal Hernán Ríos
16	UES Facultad Multidisciplinaria de Occidente	Administración Académica	Lic. Gerber Rivas Flores
17	Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer	Facultad de Medicina Decanato	Dra. Ana Celia Díaz de Uriarte
		Administración Académica	Lic. Lorena de Meléndez
		Rectoría	Dr. César Augusto Calderón.
18	Ministerio de Salud	Dirección Recursos Humanos	Lic. María Ángela Elías. Lic. Ena Portillo

Anexo No. 7

Instrumento evaluación de Programas Curriculares de Postgrado

Este cuestionario tiene como propósito valorar los componentes que integran un Programa Curricular de Postgrado, para que en caso de que se considere necesario, se realicen las modificaciones pertinentes para mejorarlo, por lo que le pedimos conteste lo que se le solicita, ya que, la información que usted nos proporcione será de gran trascendencia para la actualización y mejoramiento de éstos.

Hospital : _____

Especialidad: _____

Cargo del entrevistado: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario está dirigido a Jefes de Enseñanza de los hospitales que desarrollan Programas de Residencias médicas.

En las preguntas que presentan opciones, seleccione la que corresponda a su opinión y agradeceremos responda con letra legible las preguntas de complementar.

I. Marco legal institucional

1. El Hospital sede del Programa de Residencia, tiene convenio con una Universidad?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, con cuál Universidad: _____

Está vigente? Sí _____ No _____

(solicitar copia del convenio)

2. Institución que confiere acreditación al Programa de Residencias

a. el hospital sede.

b. la universidad

c. Ministerio de Salud / ISSS

d. Ministerio de Educación

3. Institución que certifica el cumplimiento satisfactorio de los requisitos para adquirir el título/diploma de especialista:

a. el hospital sede.

b. la universidad

c. Ministerio de Salud o ISSS

d. Ministerio de Educación

4. Institución responsable de renovar la certificación del cumplimiento satisfactorio de los requisitos para ejercer su especialidad:

a. el hospital sede.

b. la universidad

c. Ministerio de Salud o ISSS

d. Ministerio de Educación

e. Ninguna

II. Planificación y administración de las residencias

5. Instancia responsable de definir el número de residentes que se admiten anualmente al Programa de Residentes?

Sí existe _____ No existe _____

6. De existir, cuál es esa instancia?

a. Director del hospital

a. Comité Docente

b. Comité Docente- Universidad

c. Otra(especifique) _____

7. Capacidad de acompañamiento de la planta docente:

Categoría	No		
	R1	R2	R3
Residentes por año			
Docentes universitarios por nivel de R			
Docentes de staff hospital por nivel de R			

8. Porcentaje del presupuesto del hospital, que se asigna al desarrollo de los Programas de Residentes?

Registre el dato: $\frac{\text{Monto total destinado a contratación de Residentes}}{\text{Presupuesto total del Hospital entrevistado}} \times 100$

9. Criterios utilizados para optar a una plaza de residentes en la especialidad?

Generales	Académicos

10. Evaluaciones que realizan los aspirantes a plazas de residentes dentro del Proceso de Selección?

- a. examen teórico
- b. examen practico
- c. pruebas psicológicas
- d. entrevistas
- e. otros _____

11. Categoría que se asigna a los Residentes que desarrollan el Programa de su especialidad?

- a. Trabajador _____ b. Becario _____ c. Ad honorem _____

12. Monto que cancela el Residente para desarrollar su Programa de especialización:

	Al hospital	A la universidad
Matricula		
Mensualidad		
Otros		

13. Instancia responsable de organizar el desarrollo del Programa de Residentes?

- a. Unidad Formadora de Personal
- b. Comité Docente
- c. Jefe de Enseñanza
- d. Miembros del staff docente
- e. Jefe de Residentes
- f. Otra: _____

14. Distribución del trabajo para los Jefes de Residentes:

- a. Horas académicas/semana: _____
- b. Horas asistenciales/ semana: _____

15. Distribución del trabajo de los Residentes:

- a. Duración jornada laboral día hábil: _____
- b. Duración jornada laboral fin de semana: _____
- c. Duración jornada laboral días festivos : _____

d. Frecuencia de turnos/guardias: _____

e. Intervalo entre turnos/guardiãs: _____

III. Gestión académica: (escala del 1 al 10)

		Observaciones
16.	¿Cómo califica el grado de integración Docente-Asistencial, entre el hospital donde se desarrolla el Programa de Residentes y la Universidad?	
17.	¿Cómo califica el grado de integración entre el perfil profesional y el programa curricular?	
18.	¿En qué grado considera que los objetivos generales indican de manera integral los resultados que se esperan alcanzar al finalizar el programa académico?	
19.	¿En qué grado considera que los contenidos incluidos en el programa, permiten el logro de los objetivos propuestos?	
20.	¿En qué grado considera que la metodología utilizada, permite alcanzar los objetivos propuestos?	
21.	¿En qué grado considera la calidad del proceso de formación en el desarrollo del Programa?	
22.	¿En qué grado estima el nivel de dedicación de los docentes a sus labores académicas?	
23.	¿En qué grado califica el Programa de acuerdo al contexto actual de la Reforma del Sector Salud?	

24. Áreas de práctica para el desarrollo de las actividades contempladas en el Programa:

Hospital de tercer nivel	
Hospital de segundo nivel	
Establecimiento de primer nivel	
Comunidad	

25. Número de Unidades Valorativas del Programa: _____

Teóricas: _____ Prácticas: _____

26. Disponibilidad de recursos, como apoyo al desarrollo del Programa:

Recursos	Sí	No
Biblioteca		
Equipos informáticos		
Servicio de Internet		
Libros de texto		
Revistas		
Bases electrónicas de libros		
Bases electrónicas de revistas		
Espacios de descanso		

Si se cuenta con Biblioteca, mencione:

- No. de equipos informáticos disponibles para el Programa de Residentes: _____

- Horario de atención: _____

-Costo del servicio : _____

Anexo 8

Formulario evaluación curricular de los Programas de Residencias Médicas Instrumento para "evaluar" los programas de residencia Médicas.

Hospital: _____ Evaluación: Deficiente (0-5): _____
Regular(6-11) : _____

Especialidad: _____ Aceptable (12-16) : _____

Elementos a Evaluar	DEFICIENTE 0	REGULAR 1	ACEPTABLE 2
Objetivos	No presenta objetivos por año o por módulo	Presenta objetivos de manera irregular	Presenta objetivos por año y por módulo
Perfil profesional	No define perfil del profesional a formar	Perfil profesional definido parcialmente	Perfil profesional define conocimientos, habilidades y actitudes.
Coherencia objetivos/contenido	No hay coherencia entre los objetivos y los contenidos a desarrollar	Los contenidos se presentan poco coordinados con los objetivos.	Los contenidos son coherentes con los objetivos por año y módulo.
Contenido	No desagrega las unidades de enseñanza dentro del Plan curricular	Desagregación incompleta de las unidades de enseñanza	Desagregación detallada por unidad de enseñanza.
Metodología de la Enseñanza (ME) empleada	No hay definición clara de las ME, ni corresponden a los contenidos de los módulos	ME no bien definidas y en pobre correspondencia con los contenidos a desarrollar por los módulos	ME bien definidas y en correspondencia con los temas o contenidos a desarrollar en cada módulo
Campos de práctica	No define los campos de práctica o espacios asistenciales donde se desarrolla el programa.	Definición incompleta de los campos de práctica	Define claramente los campos de práctica y espacios asistenciales donde se desarrolla el programa.
Bibliografía	Bibliografía desactualizada (libros de texto y artículos de referencia mayor de 3 años) por cada módulo	Bibliografía (libros de texto y artículos de referencia menos 3 años) irregularmente actualizada por cada módulo	Bibliografía actualizada (libros de texto y artículos de referencia menos 3 años) por cada módulo
Evaluación	No están definidas las metodologías, formas de evaluación, ni sus medidas (pesos) porcentuales	Metodologías y formas de evaluación deficientemente definidas incluyendo sus medidas (pesos) porcentuales	Metodologías y formas de evaluación bien definidas incluyendo sus medidas (pesos) porcentuales

Evaluador/es _____

Fecha: _____

Anexo 9.

Guía de Entrevista (Residentes) sobre el funcionamiento de las Residencias Médicas.

Especialidad _____ Año de Residencia _____ Hospital _____
Universidad pregrado _____ Universidad Posgrado _____

Indicaciones: Favor conteste según su criterio las preguntas que se exponen a continuación:

1. ¿Cuáles son las principales dificultades, desafíos y oportunidades en el programa de residencia?
Dificultades _____
Desafíos _____
Oportunidades _____
2. ¿En la formación de especialistas en este hospital quién asume con mayor compromiso el rol formador?
 - a. La Universidad
 - b. La institución
 - c. Ambos de manera equilibrada
 - d. Ninguno, es de manera autodidacta
3. ¿Cuál es el papel de los docentes en las residencias médicas?
 - a. Un profesional que tutela al lado del paciente
 - b. Un profesional que le dedica tiempo adecuado al estudiante
 - c. Un profesional que prácticamente casi no le atiende
 - d. Otro _____
4. ¿Usted cree que la institución (MINSAL/ISSS/COSAM) está contribuyendo en su formación?
 - a. De manera adecuada
 - b. De manera intermedia
 - c. De manera deficiente
5. ¿Usted cree que la Universidad está contribuyendo en su formación?
 - a. De manera adecuada
 - b. De manera intermedia
 - c. De manera deficienteExplique: _____
6. ¿Cree qué los programas planteados en la formación de residentes (en su especialidad) se cumplen?
 - a. Completamente
 - b. Parcialmente
 - c. No se cumplen
7. ¿Cree que la institución debería apostarle para mejorar la calidad de residentes apostarle a?
 - a. Aumentar el número de residentes
 - b. Disminuir la carga laboral
 - c. Brindar ciertos incentivos
 - d. Brindar mayor flexibilidad hacia lo académico
 - e. Todas las anteriores
 - f. Otra: _____
8. ¿Cree usted que los programas de residencias con relación a cuando ud. estaba en pregrado han?
 - a. Mejorado sustancialmente
 - b. Mejorado levemente
 - c. Mantenido igual
 - d. Desmejorado levemente
 - e. Desmejorado sustancialmenteFavor explique brevemente _____
9. ¿Cuál es su percepción en general sobre la opinión que tienen del residente los médicos agregados, staff o de las autoridades del hospital?
 - a. Un colega con las mismas oportunidades y derechos
 - b. Un profesional en etapa de formación a quién se le tiene que orientar
 - c. Mano de obra barata/sacador de trabajo
 - d. Otra _____
10. ¿Conoce usted la Reforma de Salud y en qué consisten sus 8 ejes?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿Qué expectativas tiene en relación a su finalización de estudios en la residencia médica?
 - a. Pasar a ejercer en una institución pública
 - b. Pasar a ejercer en una institución privada/clínica propia
 - c. Ejercer en una institución pública y privada/clínica propia
 - d. Ir al extranjero a sub especializarse o a buscar oportunidad laboral
 - e. Otro _____
12. ¿Qué piensa usted en relación a contar con especialistas en el primer nivel de atención?
 - a. Decisión acertada y bien planeada

- b. Decisión acertada, pero que le faltó planificación
 - c. Una decisión inadecuada
 - d. Otra: _____
13. **¿Cuál es la función del médico residente según la atención primaria en salud?**
- a. Generación de una visión comunitaria del proceso salud enfermedad para el abordaje especializado.
 - b. Trabajar en equipo interdisciplinario y con redes de atención y mejorar la cobertura y calidad de atención
 - c. Otro _____
14. **¿Cuánto cree usted que sería un pago justo?**
\$ _____
15. **¿Conoce usted el costo de escolaridad que cobran las otras Universidades?**
- a. Si.
 - b. No.
16. **¿Cree usted que lo que paga de escolaridad lo recibe de regreso en enseñanza?**
- a. Si.
 - b. No.
 - c. Si, pero puede mejorar.
17. **¿Cree usted que los estudiantes extranjeros debieran tener plaza remunerada?**
- a. Si
 - b. No
 - c. Solo si hay disponibilidad.
18. **¿Cree usted que tres años es suficiente para ser especialista?**
- a. Si.
 - b. No.
19. **¿Cuántos años sugiere para una especialidad médica:**
- a. 2
 - b. 3
 - c. 4 o más
20. **¿El hospital, y/o la Universidad le proporcionan todas las facilidades para una enseñanza de primera?**
- a. Si.
 - b. No.
 - c. Parcialmente.
21. **¿Está de acuerdo con que la evaluación sea una combinación del desempeño académico y asistencial?**
- a. Si.
 - b. No.
 - c. Parcialmente.
22. **¿Qué nota mínima sugiere?**
- a. 7.0 cada una
 - b. 7.0 nota académica y 6.0 nota asistencial
 - c. 8.0 cada una.
23. **Las ponderaciones para el proceso de evaluación le parecen adecuadas?**
- a. Sí
 - b. No
 - c. Parcialmente
24. **¿Qué ponderación le daría al examen teórico?**
- a. 60%
 - b. 70%
 - c. 75%
25. **¿Qué ponderación le daría a la entrevista profesional?**
- a. 10%
 - b. 15%
 - c. 20%
26. **¿Qué ponderación le daría a la hoja de vida?**
- a. 10%
 - b. 15%
 - c. 20%
27. **¿La prueba psicológica debe de tener ponderación?**
- a. Sí
 - b. No.
28. **Si su respuesta es Sí, ¿Qué ponderación le daría?**
- a. 10%
 - b. 20%
 - c. 30%
29. **El proceso de selección debiera de ser exclusivo de :**
- a. Universidad
 - b. Hospital
 - c. Ambos

30. Aproximadamente ¿Cuántas horas semanales dedica específicamente a la asistencia (trabajo) en su institución? _____
31. Aproximadamente ¿Cuántas horas a la Semana le dedica específicamente a lo académico (estudio) en su institución? _____
32. ¿Ha recibido alguna especie de castigo o sanción en el transcurso de la residencia médica?
 - a. Si
 - b. No
33. ¿cree que la mayoría de los funcionarios de la institución reconocen la importancia de la labor de los residentes dentro del sistema de Salud?
 - a. Si
 - b. No
34. ¿Cree usted que se deberían de dar ciertos incentivos a los residentes?
 - a. Si
 - b. no
35. Si la respuesta fue si ¿Qué incentivos serían adecuados para un mejor desempeño de los residentes? _____

Anexo 10

Listado de Informantes Claves para la Reforma de Salud

1. Dra. María Isabel Rodríguez; Ministra de Salud
2. Dr. Eduardo Espinoza, Vice Ministro de Políticas sectoriales
3. Dra. María Argelia Dubon; Directora de Primer Nivel de Atención
4. Dr. Julio Oscar Robles Ticas; Dirección Nacional de Hospitales
5. Dr. Alfredo Galán Coordinador de escuela de Cuadros Instituto Nacional de Salud
6. Licda. María Ángela Elías; Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
7. Dra. Eliette Valladares, Sub Directora Instituto Nacional de Salud
8. Dr. Leonel Flores Sosa, Director ISSS
9. Dra. Gianira Chavez de Benitez, Consultora OPS El Salvador
10. Dr. José Ruales, Representante OPS El Salvador
11. Dra. Mónica Padilla, Asesora subregional RRHH, OPS

Anexo11

Guía de Entrevista a Informantes Claves de la Reforma de Salud en El Salvador y Residencias Médicas.

Nombre: _____ Cargo _____

Institución _____

Indicaciones: Favor conteste según su criterio las preguntas que se exponen a continuación:

1. ¿Cuáles son las dificultades, desafíos y oportunidades en el marco de reforma de salud en la mejora de los programas de residencia médica?

Dificultades _____

Desafíos _____

Oportunidades _____

2. ¿Por qué la reforma de salud promueve especialistas en el primero y segundo nivel de atención?

- a. Mayor cobertura
- b. Disminuir las inequidades
- c. Descentralización
- d. todas las anteriores
- e. Otro _____

Explique: _____

3. ¿Cuáles son las expectativas de contar con los especialistas en los Ecos especializados?

- a. Reducción de Mortalidad
- b. Mejor atención, manejo, y referencias al segundo o tercer nivel de atención
- c. Mejorar la capacidad resolutive
- d. Desconcentración de la Consulta Externa
- e. Todas las anteriores
- c. Otro _____

Explique: _____

4. ¿Qué expectativas se tiene en relación a las residencias médicas según la política de recursos humanos?

- a. Planificar la oferta y demanda residencias médicas
- b. Definir el Rol del Ministerio de salud sobre las necesidades académicas en las residencias médicas en el abordaje epidemiólogo de la población.
- c. Otro _____

Explique: _____

5. ¿Qué piensa usted en relación a contar con especialistas en el primer nivel de atención?

- a. Decisión acertada y bien planeada
- b. Decisión acertada, pero que le faltó planificación
- c. Una decisión inadecuada
- d. Otra: _____

Explique: _____

6. ¿Cuál es la función del médico residente según la atención primaria en salud?

- a. Generación de una visión comunitaria del proceso salud enfermedad para el abordaje especializado.
- b. Trabajar en equipos interdisciplinarios y con las redes de atención para mejorar la cobertura y calidad de atención
- c. Otro _____

Explique: _____

7. ¿Cuáles son los desafíos planteados de la reforma de salud en el marco de las residencias médicas?

- a. Mejoramiento de incentivos
- b. Mejorar los sistemas de evaluación y fortalecer la acreditación de programas de formación
- c. Reorientar las políticas de formación en relación necesidades de salud
- d. Establecer sistema de información y planificación.
- e. Todas las anteriores
- f. Otro _____

Explique: _____

8. ¿El número de plazas de residentes está de acuerdo a las necesidades de los hospitales?

- a. Si.
- b. No.
- c. Hay que hacer un diagnóstico para determinar el número de plazas necesarias

Explique: _____

9. ¿Está de acuerdo con los programas de residentes en forma piramidal?

- a. Si
- b. No

Explique: _____

10. ¿Qué considera más importante: Desempeño académico o asistencial?

- a. Asistencial
- b. Académico
- c. Ambos tienen la misma importancia.

Explique: _____

11. ¿Debiera de haber un incentivo económico a los docentes que no son remunerados por la Universidad?

- a. Si
- b. No
- c. Ya está contemplado en el Reglamento General de Hospitales.

Explique: _____

12. Los jefes de las UDP ¿Deberán tener un "Rol" más protagónico con los residentes?

- a. Si
- b. No
- c. Ya lo tienen
- d. Hay que analizar
- e. Otro _____

Explique: _____

13. Los directores de los Hospitales Escuela debieran involucrarse más en los programas de Residencias Médica?

- a. Si
- b. No. Dejarlo al jefe de la UDP
- c. Otro _____

Explique: _____

14. ¿Usted considera que el papel del MINED por medio de la Dirección de educación superior tiene un papel protagónico en las residencias médicas en nuestro país?

- a. Si
- b. no

Explique: _____

Anexo 12

PRESUPUESTO

GASTOS	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Salarios			
Personal Médico (2 Médicos x 25% Tiempo Laboral) meses	6	\$600.00	\$3,600.00
SUB-TOTAL DE RECURSOS HUMANOS			\$3,600.00
RECURSOS DIDÁCTICOS			
Resmas papel bond, base 20	2	\$5.00	\$10.00
Cajas lapiceros	1	\$3.00	\$3.00
Cajas de lápices	1	\$2.00	\$2.00
Cajas de grapas	1	\$3.00	\$3.00
Fotocopias materiales entrevistas	400	\$0.03	\$12.00
Reproducción de tesis	3	\$100.00	\$300.00
SUB-TOTAL			\$330.00
TRANSPORTE			
Combustible (Mensual)	6	\$20.00	\$120.00
SUB-TOTAL			\$425.00
TOTAL			\$4,355.00

Anexo 13

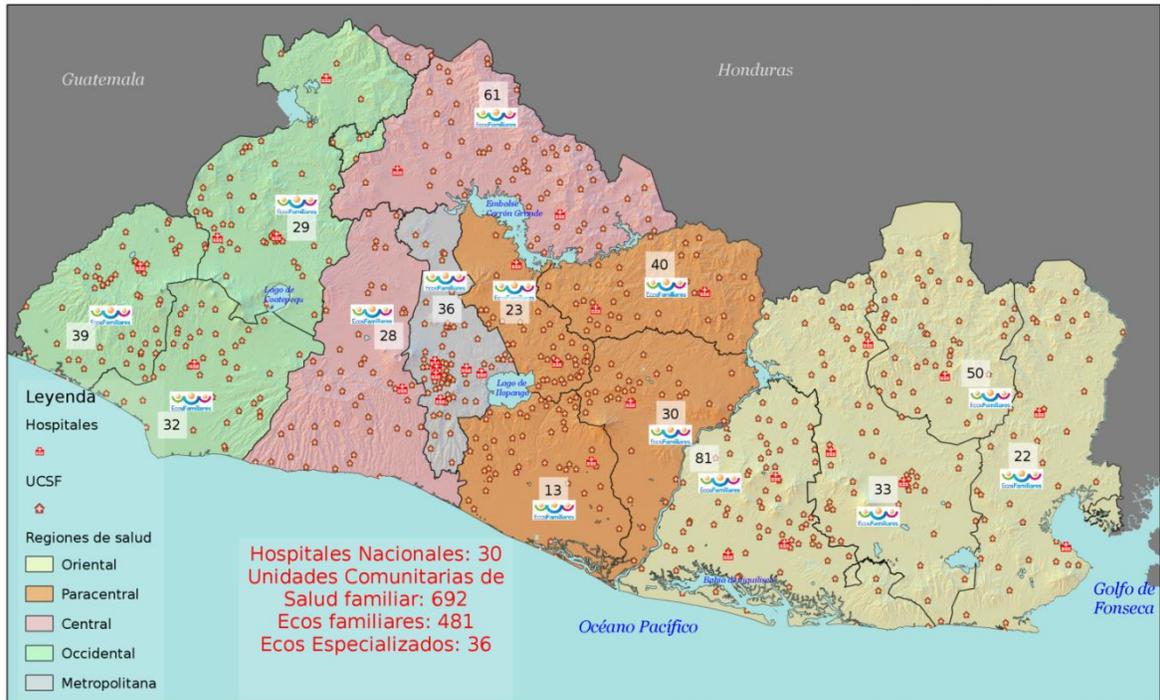
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2013

ACTIVIDAD	MESES				
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elaboración de instrumentos de recolección de datos					
Entrevista a informantes claves					
Digitación de datos					
Análisis de datos					
Elaboración de informe final					
Presentación de informe final de tesis					

Anexo 14



Ministerio de Salud
Hospitales y Unidades comunitarias de salud familiar, 2013



Fuente: <http://geo.salud.gob.sv>

Elaborado por la Dirección de tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC)
Fecha: 17/05/2013