

**DOCUMENTO PARA DISCUSIÓN E INTERCAMBIO**

# **Reflexiones sobre un modelo de financiación de las residencias médicas**

**Hacia un cambio de paradigma del sistema de  
residencias médicas**

**Dr. Gerardo Bruno y Dr. Luis Ruso Martínez**

Montevideo, setiembre de 2021

## Contenidos

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Objetivo del documento.....         | 2                                   |
| Introducción.....                   | 2                                   |
| Antecedentes.....                   | 3                                   |
| <u>El problema económico</u> .....  | 7                                   |
| Propuesta para la discusión.....    | 9                                   |
| Mecanismo de financiación.....      | 9                                   |
| Estrategias posibles.....           | 10                                  |
| Bibliografía sobre estos temas..... | 11                                  |
| Referencias.....                    | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| Fuentes.....                        | 12                                  |

## Objetivo del documento

En nuestro país, la fortaleza histórica del régimen de residencias para la formación de los recursos humanos en salud brinda una base de experiencia que impone al sistema de salud y a la academia la responsabilidad de adaptarse a los cambios necesarios.

El motivo del presente análisis es aportar insumos para el debate de ideas en torno al cambio de estructuras y procesos imprescindibles para resolver los problemas que han llevado al sistema de residencias médicas a mostrarse en sus aspectos de mayor inequidad, debilidad e ineficiencia, para a lograr un producto de excelencia.

## Introducción

La formación de especialistas, la educación continua, los procesos de evaluación involucrados y su impacto sobre la calidad asistencial son una preocupación de todos los sistemas sanitarios del mundo, así como la accesibilidad universal a la asistencia. Existe consenso que la formación médica de baja calidad impide mejorar la atención en salud. Por el contrario, la formación de especialistas a través del sistema de residencias médicas es un indicador de calidad del sistema de salud.

El modelo formativo de la residencias ha demostrado ser el mejor, más eficiente, racional y seguro para la formación de especialistas médicos.

En Uruguay, a través del Programa Nacional de Residencias Médicas, esta formación tiene fortalezas cualitativas incuestionables, que a lo largo de las últimas

cinco décadas se han mejorado sustancialmente. El concurso abierto, de libre inscripción y de evaluación anónima, la designación de tribunales de alta idoneidad académica, así como la posibilidad del nuevo residente de elegir el servicio/centro de formación y contar con una docencia tutorizada, constituyen formas de democratizar el acceso, recogiendo la mejor tradición nacional de otorgar iguales oportunidades de inicio.

Sin embargo, tanto la prueba como los programas presentan aspectos críticos que debilitan la calidad de su producto y los resultados en términos de equidad, diseño jurídico, dedicación no exclusiva y forma de financiación. Estas debilidades están vinculadas a: 1) los programas académicos y la centralización del programa en el subsector público y capitalino; 2) problemas en la acreditación de los servicios para lograr estándares adecuados de competencias; 3) inequidades en la financiación. Esto se ha reflejado en la percepción del “demos” médico, según datos de la encuesta de la 9.ª Convención Médica Nacional (2014), que muestran que solo un 10% de los médicos considera que la formación de posgrado logra estándares de excelencia.

Un aspecto crítico vinculado a las pruebas de acceso y contenidos de la residencia está siendo encaminado a través del Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas, que está considerando propuestas de cambio en la forma de selección para el ingreso al sistema de residencias. Asimismo, la Escuela de Graduados lo comunicó a las cátedras para implementarlo en el año 2022 y se presentó al Consejo de Facultad de Medicina, el miércoles 11 de agosto del 2021 (Expediente 071700-501549-21), con la resolución de tomar conocimiento y exhortar a sus delgados a continuar trabajando sobre el tema.

Resulta ahora imprescindible avanzar en el debate en torno a la financiación de las residencias y su diseño jurídico. La realidad muestra que no todas las partes colaboran de forma equitativa ni armoniosa en un sistema fragmentado y segmentado.

## **Antecedentes**

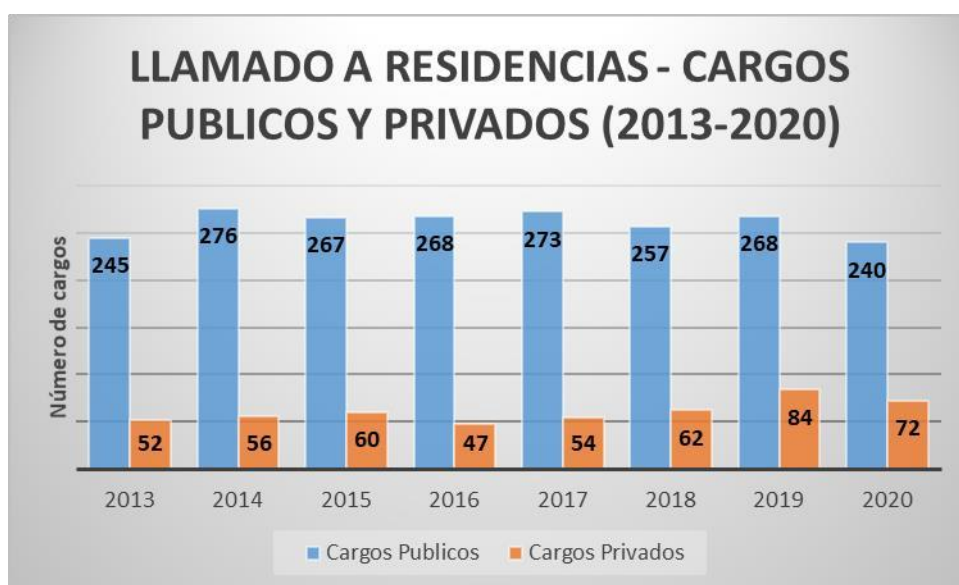
Uruguay tiene cincuenta años de una tradición que comenzó en el año 1970, cuando la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina elaboró un informe en el que se analizó la situación del graduado médico y su formación, surgiendo la necesidad del estudio de un régimen de residencias.

La ley permitió que las residencias médicas se iniciaran en los hospitales del sistema público de salud. Posteriormente, por sucesivas modificaciones legislativas, se fue extendiendo al subsector de prestadores privados. Esto fue claramente beneficioso para todo el sistema de salud por la consiguiente mejora en la calidad asistencial y para los propios residentes, que pudieron aumentar las plazas disponibles para formarse.

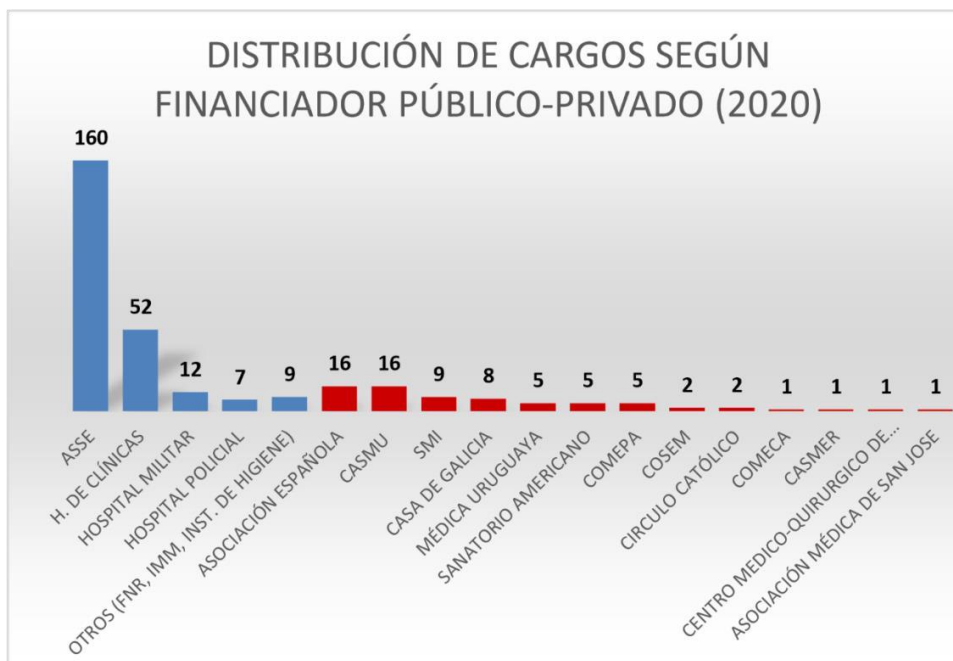
Desde su implementación hasta hoy (Grafica 1) fue aumentando el número de cargos: actualmente el sistema tiene un total aproximado de 1.000 cargos de residentes; de estos, casi el 80% (790) es financiado por el sector público y poco

más de un 20% (210) por el sector privado, existiendo un cargo cada 3.000 usuarios. Estas cifras muestran (Grafica 2 ) de inicio que el subsector privado participa en un porcentaje ínfimo en la formación de los recursos humanos que habrán de ser sus profesionales futuros, generando una clara inequidad entre el esfuerzo de formación de especialistas y quien los utiliza a lo largo de su vida profesional.

En términos económicos, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cubre la atención de un tercio de la población del país, financia hasta 562 residentes y es quien más aporta a la formación de especialistas, en tanto el sector privado, que atiende a dos tercios de la población asistida por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), asiste a los otros dos tercios, sustenta aproximadamente 170 residentes. Por tanto, se verifica una fuerte inequidad en el soporte económico del programa de residencias, lo que constituye un punto crítico de impacto negativo en el futuro, de no realizarse rápidos cambios para corregir esta asimetría.



Grafica 1. Fuente: Sección Concursos, Facultad de Medicina.



Grafica 2. Fuente: Sección Concursos, Facultad de Medicina.

Por otra parte, el incremento progresivo de las plazas de residentes ha ocurrido mediante aposición de medidas que responden a los problemas emergentes y sin políticas previamente elaboradas en función de las necesidades de los prestadores, sin mecanismos de cohesión y de una visión estratégica integral que anticipe los problemas, en un periodo en el cual la medicina, la formación médica y los sistemas de salud se han hecho más complejos. Vivimos una era de evolución científica y tecnológica en constante superación, que a todas luces no es acompañada por los cambios necesarios en el sistema de formación profesional en nuestro País. A modo de ejemplo, en el mundo se han multiplicado las facultades de medicina a un ritmo de 100 por año, durante los últimos 10 años. Uruguay no es la excepción: hoy tenemos tres facultades de medicina y cuatro formadoras de posgrados. Ya tenemos residentes que ingresan desde dos facultades de medicina y en seis años lo serán desde tres facultades, además de la coexistencia de posgrados privados, con sus propias residencias. Por tanto es una evidente incoherencia que no exista un programa nacional de residencias médicas integrado, articulado, que aporte al desarrollo cualitativo del SNIS, lo cual compromete su calidad y credibilidad futura.

A pesar que la dedicación a la residencia es *part-time* en la mayoría de las especialidades y la participación en el programa de residencias por parte de diferentes prestadores (públicos y privados) ha sido voluntaria, no sistematizada e incluso discontinua, el sistema ha acumulado múltiples experiencias exitosas y también otras que no han sido adecuadas y deberían servir para el análisis de nuevas estrategias formativas.

Los cargos de residentes en los efectores privados quedan a su libre decisión, en cuanto a cuáles especialidades se llaman, el número de cargos y su estabilidad en el tiempo. Los cargos llamados cada año, hasta ahora, dependen de cátedras,

servicios y necesidades asistenciales concretas y no de una política de estado que responda a una estrategia de desarrollo integral del SNIS. Por otra parte, solo una minoría de prestadores privados participa. (Grafica 3 ) Existen más de 40 efectores (considerando IAMC y seguros privados) que forman parte del SNIS, pero el hecho de estar marginados del sistema de formación de residencias médicas debilita la calidad de sus prestaciones , determinando un sistema inequitativo e ineficaz en cuanto a la responsabilidad de formación de sus futuros recursos humanos, que en el caso de algunas mutualistas del interior atenta contra su propia viabilidad económica a largo plazo. No obstante, existen otros financiadores públicos que, no siendo prestadores integrales ni teniendo en sus fines la formación de profesionales en el área de salud, participan del programa, como ser Sanidad Policial y Militar, el Banco de Seguros del Estado (BSE), la Intendencia de Montevideo (IM), etc.

Los efectores privados que conforman el SNIS se han constituido principalmente en entidades que usufructúan a los especialistas que fueron formados con recursos de ASSE y la Facultad de Medicina (UdeLar) —y en los últimos años y en menor medida, en las instituciones privadas que forma parte del sistema de residencias—, generando en una especie de comportamiento de autofagia que poco tiene que ver con un proyecto de SNIS.



Grafica 3 . Fuente: Sección Concursos, Facultad de Medicina.



Grafica 4. Fuente: Sección Concursos, Facultad de Medicina.

A partir de estos datos, podemos apreciar que los cargos —a pesar de que el número de aspirantes aumenta cada año— se mantienen en el tiempo con oscilaciones en cuanto al número, que depende de la voluntad de los prestadores que deciden participar.( Grafica 4)

## **El problema económico.**

El primer problema es que el programa de residencias médicas no existe como inciso presupuestal, lo que determina que no tiene estructura propia ni tampoco gestiona los recursos humanos ni económicos que gobierna.

A continuación, veremos una serie de inequidades que pueden desvirtuar la adecuada formación de los residentes, confundiendo financiación con responsabilidad de formación, sin la coordinación académico-asistencial previa con la cátedra. La existencia de recursos económicos no es razón suficiente para autorizar la creación de una residencia .

Es de rigor, desde el punto de vista de los principios de equidad y justicia, que los prestadores privados participen progresivamente en el desarrollo de estos recursos humanos, a fin de incrementar la calidad de sus prestaciones , a través de una colaboración logística y financiera para potenciar esta empresa de País que es el sistema de residencias.

Se desprende de esto , que los residentes no deben pertenecer ni permanecer en un centro único en el que desarrollen toda su actividad. Se debe lograr un programa de residencias que estructure en lo académico y lo asistencial las rotaciones por cada uno de los centros participantes, explotando al máximo las virtudes y fortalezas en cuanto a los recursos estructurales y tecnológicos de cada lugar y disminuyendo las brechas existentes entre colegas de la misma generación o especialidad , pero que tuvieron distintas oportunidades formativas.

Es fundamental determinar las fortalezas de un servicio. En primer lugar, la necesidad más esencial es contar con un local adecuado que es básico para ejercer la docencia. Parece extraño, pero algunas instituciones carecen de una infraestructura mínima. Segundo, es imprescindible una gestión organizada de las actividades. La práctica individual de visita aislada de pacientes con un residente no es adecuada. En un servicio la presencia de personas en distintas etapas formativas y/o diferentes habilidades contribuye a la riqueza de la experiencia colectiva. .

Lo señalado, constituye una observación crítica en cuanto a residencias que no cuentan con una estructura organizacional que asegure la rigurosidad académica que la empresa demanda. La pregunta fundamental es cómo solucionarlo y para ello hay que pensar en soluciones integrales. Los residentes deben formar parte de un programa único, no perteneciendo al lugar físico que los financia, sino cumpliendo funciones mediante rotaciones ajustadas a las demandas de los programas de postgrado y en ámbitos técnicos acreditados, con capacidad docente de tutorización y seleccionados por su excelencia.

Esta centralización requiere un órgano rector y un gerenciamiento a cargo de los directores de cátedra de cada especialidad. Esto permite el cruzamiento de rotaciones interdisciplinarias en temas afines o de frontera, que universaliza el conocimiento y la adquisición de destrezas. Para esto es imprescindible comprender y aceptar la existencia de un plan central de formación y que todos los actores y sus acciones estarán en concordancia con las reglas establecidas por este, que deberán ser claras y sustentables.

Por consecuencia, es fundamental que la financiación del sistema también sea centralizada. Hay que tender a una homogenización salarial adecuada y una carga horaria extensa (48 horas) que permita que las residencias médicas vuelvan a ser una actividad de dedicación exclusiva, lo que sin duda redundará en beneficios profesionales, de formación básica en investigación y claramente, en una mejor calidad asistencial.

Existen diversos inconvenientes para hacer pasantías en el interior del país, con las características propuestas. Surge como limitante crítica, la falta de una estructura que pueda acreditar ni auditar los servicios para que estas cumplan con los estándares académicos requeridos y los medios para sustentarla.

Las renunciaciones y cargos que no se ocupan anualmente (Tabla 1) oscilan entre 10.4 y 13.1% (m:11.6 %) e elevada. La mayoría de las renunciaciones corresponden al interior.



|                                   | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| Nro de cargos llamados            | 328  | 373  | 327  |
| Nro de cargos que quedaron libres | 26   | 29   | 32   |
| Renuncias de residentes           | 12   | 10   | 11   |

Tabla 1. Número de cargos llamados, cargos libres luego de la elección y renunciaciones presentadas (periodo 2018-2020) , independientemente del año que esté cursando el residente .Fuente: Consejo de residencias medicas.

Actualmente, anotando una inequidad más, los residentes de ASSE, pero ganan menos que los privados, que cuentan con otros estímulos económicos complementarios (por ej: ayudantías quirúrgicas).

Esta situación debe corregirse rápidamente, porque la carencia de una clara visión del impacto que esto significa, compromete la la formación de los futuros recursos humanos médicos y puede llegar a deteriorar la calidad de las prestaciones futuras.

## **Propuesta para la discusión. -**

Los sistemas deben evolucionar y estar en permanente adaptación y ajuste ante realidades cambiantes. Por tanto, el desafío es construir una propuesta integradora que dignifique el cargo de residente y la metodología docente, buscando elevar los estándares actuales, a través de un fondo único nacional que financie globalmente el sistema de residencias, incorporando una lógica de administración controlada y profesionalizada y buscando mantener independiente la financiación del sistema de los programas educacionales, su acreditación y auditoría académica.

Debería considerarse una estructura centralizada e independiente, integrada con aportes universales y proporcionales por parte de los prestadores de ambos subsectores, público y privado. Esto habilitaría a establecer un régimen de equidad en los mismos derechos laborales, salarios, beneficios sociales y licencias por estudio, dignificando la tarea y mejorando la calidad de la formación, en definitiva, apuntando inequívocamente hacia una formación de calidad homogénea.

## **Mecanismo de financiación**

Debe ser integrado por los dos subsectores que integran el SNIS y los seguros e incluso estimular a las empresas con incentivos impositivos e incluso que se vuelque parte de la recaudación del IRPF del sector salud para esta finalidad.

Esto tendría dos impactos cualitativos claramente previsibles: a) erradicar el concepto que la financiación de cargos otorga la propiedad del residente; b) permitir la consolidación de un Programa Nacional de Residencias Médicas de alcance nacional. Los participantes del mismo volcarán sus recursos a un fondo que será administrado por el programa y financiará los salarios con sueldo acorde y

límites mínimos y máximos de carga horaria laboral que aseguren el estudio, el descanso y la salud mental de los residentes. También se financiará el sistema de acreditación de instituciones y la infraestructura administrativa y de gestión que sustenten estos procesos. Debe profundizarse en el modelo de inserción de las residencias médicas en los prestadores de salud, siempre y cuando estén debidamente acreditados para ello. Se conformara una Red Nacional de Efectores Acreditados , para elaborar los estándares de acreditación, auditar su cumplimiento y sustentabilidad , ser observatorio de la marcha de los procesos involucrados y asesorar frente a dificultades y propuestas de sus integrantes.

Las instituciones que se incorporen al sistema deberán ser incluidas en las modalidades de incentivos en el marco del SNIS.

## **Estrategias posibles**

1. Definir incentivos en acuerdo con las autoridades nacionales de salud, que determinen políticas para la incorporación y extensión de las residencias médicas al ámbito de los prestadores privados en un régimen con reglas bien establecidas. Esto puede incorporarse a las metas asistenciales que maneja la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Esto, actualmente es un factor de calidad asistencial.
2. Definir incentivos para acreditar la extensión al interior del país de las residencias en los centros de ambos subsectores del SNIS . En tal sentido, debería ponderarse la acreditación de los lugares que empleen a ex docentes de la Facultad de Medicina, que podrán actuar como tutores, para lograr sistemas de acreditación que equilibren la propuesta de formación con las reales capacidad de los centros para entrenar residentes.
3. Definir la figura jurídica que incorpore el sistema financiador propuesto y su integración, básicamente con los aportes de ambos subsectores de prestadores de salud, y el concepto de independencia entre economía y formación.
4. Definir políticas de equidad en términos de retribuciones y beneficios suplementarios.
5. Definir nuevas modalidades de dedicación, tendiendo a la dedicación exclusiva a la residencia, pudiendo compatibilizar el ejercicio en un centro hospitalario público y en uno privado, con límites horarios prefijados y compatibles, como forma de mejora de la retribución y de las oportunidades de ensanchar la experiencia clínica formativa.
6. Debe revisarse el cargo de jefe de residentes, definiendo sus funciones, competencias y necesidad para coordinar el proceso formativo de los residentes médicos y asignarse exclusivamente en aquellas disciplinas que lo necesiten.-

La revisión del actual modelo de residencias medicas es un problema de País ,porque todo somos beneficiarios y financiadores del sistema sanitario. Esta propuesta de modificación, esta impulsada por nuestro deber ético y deontológico hacia los colegas en formación y hacia toda la sociedad, porque apunta a la mejora de la calidad asistencial y al fortalecimiento del SNIS y las instituciones que lo integran.



**Dr. Gerardo Bruno.**  
Profesor Cirugía de Torax.  
Facultad de Medicina.(UdeLar)



**Dr. Luis Ruso Martinez.**  
Profesor de Clinica Quirurgica.  
Facultad de Medicina.(UdeLar)

### **Bibliografía consultada.**

9.<sup>a</sup> Convención Médica Nacional (2014).

Disponible en [https://bvs.smu.org.uy/servicios/ToC/LIBRO\\_9na\\_convencion\\_web.pdf](https://bvs.smu.org.uy/servicios/ToC/LIBRO_9na_convencion_web.pdf)

Jornadas de Solís III Prof. Dra. María Rosa Remedio.

Disponible

en :<https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/bit4.htm> SMU (1985).

Primeras Jornadas de Residencias Médicas. Organizadas por la Dra. Selene Indarte y el Dr. Antonio Turnes. SMU. Segundas Jornadas de Residencias Médicas.

Bruno. G.; Palacios, P. y Ruso Martínez, L. (2021). Residencias médicas. Revista Médica del Uruguay, 2021; 37:4

Disponible

<https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/issue/view/64>

en

### **Fuentes.**

<http://www.fmed.edu.uy/concursos/residencias>

Facultad de Medicina, Sección Concursos