

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Percepción de Médicos Residentes sobre la Calidad de sus Programas de Formación

Perception of Medical Resident on the Quality of their Training Programs

David Dionisio Ortiz⁽¹⁾, Lourdes Ferreira Vidovich⁽²⁾,
José Luis Molinas Noveri⁽²⁾, Miriam Espinola de Canata⁽²⁾

INTRODUCCION

La educación médica moderna está centrada en los alumnos y también requiere de mecanismos para evaluar y garantizar la calidad de la formación. Se utilizó un cuestionario para determinar la percepción de residentes médicos admitidos en sus plazas vía el sistema del Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREM) del Paraguay para determinar su percepción sobre la calidad de su formación, de sus condiciones laborales y de sus planes para la inserción laboral. Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se utilizó un cuestionario con 51 preguntas, divididos temáticamente en seis áreas, con respuestas de opción múltiple, respuestas sí/no, y escalas de valoración. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EpiInfo, versión 7.1.3. Resultados: Participaron en la encuesta 144 residentes de 12 especialidades y de diversas unidades de formación. De los respondientes, 35% informaron que no habían ingresado en la especialidad de su primera elección. El 51% informó incumplimiento de las unidades formadoras en cuanto al reglamento de los límites de la jornada laboral luego de realizar guardias nocturnas. 92% de los encuestados percibían que habían cometido un error médico durante su formación. 40% informaron que no se respetaban

los tiempos asignados para las clases teóricas y actividades académicas, mientras que el 55% percibía que se les evaluaba inconsistentemente después de sus rotaciones. Mas del 80% informó que sus salarios cubrían menos del 75% de sus gastos mensuales. 86% indicaron planes de realizar una sub-especialización después de su residencia inicial. Conclusiones: Los hallazgos apuntan a varios déficits en la calidad de la formación actual de residentes médicos en el Paraguay. La implementación de un sistema de acreditación y una política en recursos humanos en salud podrían aliviar algunos de estos déficits.

Palabras Claves: médicos residentes, calidad de formación, educación médica

ABSTRACT

Introduction: Modern medical education is student-centered and requires mechanisms to assess and ensure the quality of training. A questionnaire was used to determine the perceptions of medical residents admitted to their training slots via the National Medical Residency (CONAREM) of Paraguay system to determine their perception of the quality of their training, their working conditions and their plans for future employment. Material and Methods: This was an observational, descrip-

Recibido el 1 de julio de 2014, aceptado para publicación el 16 de setiembre de 2014

⁽¹⁾ Departamento de Medicina Familiar, Universidad Centro Médico Bautista, Asunción, Paraguay

⁽²⁾ Dirección de Investigación y Publicaciones. Dirección de Residencias Médicas y Pasantías Rurales, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, Paraguay

tive, and cross sectional study. A questionnaire with 51 questions, divided thematically into six areas, with multiple-choice, yes / no, and rating scale answers was used. For statistical analysis, we used Epi Info, version 7.1.3. Results: 144 residents from 12 different specialties and various training units participated in the study. Of the respondents, 35% reported that they had not entered the specialty of their first choice. 51% reported failure of their training hospital to comply with regulations limiting work hours after performing overnight shifts. 92% of respondents perceived that they had committed a medical error during their training. 40% reported that the time allocated for lectures and academic activities were not protected from clinical duties, while 55% felt that they were inconsistently assessed after their rotations. Over 80% reported that their wages covered less than 75% of their monthly expenses. 86% indicated plans for sub-specialization training after their initial residency completion. Conclusions: The findings point to several deficiencies in the quality of the current training of medical residents in Paraguay. The implementation of an accreditation system and a policy on human resource development for health-care personnel could alleviate some of these deficiencies.

Keywords: *medical residents, quality training, medical education*

INTRODUCCION

Se entiende como “Residencia Médica” al sistema educativo destinado a completar la formación de los médicos recién egresados de las universidades en alguna especialización, mediante la ejecución de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, bajo la supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.^{1,2}

El sistema de residencias médicas constituye la base de la educación médica de posgrado y es considerado hasta ahora el mejor procedimiento que permite la transición del estudiante graduado a médico general o especializado.^{3,4,5}

La Residencia Médica como proyecto educativo de

entrenamiento en servicio bajo supervisión y tutoría tiene antecedentes en escuelas europeas, pero fue en los Estados Unidos de Norteamérica donde se consolidó, impulsado por William Halsted en 1890, con la creación de la residencia quirúrgica en el prestigioso hospital Johns Hopkins de Baltimore; el programa necesitó cerca de 20 años para afianzarse y ser reconocido.⁶

En relación a la calidad de los programas de formación, ya en 1910 Flexner presentó su famoso informe sobre la base de un estudio de 155 escuelas de medicina, cuyas conclusiones reflejaban los problemas de la educación médica a principios de ese siglo. Las conclusiones del estudio revelaron la superproducción de médicos mal capacitados, exceso de malas escuelas de medicina cuya proliferación obedecía a razones principalmente económicas y políticas; no se ha mejorado, según el informe, la distribución geográfica de los médicos y concluía con recomendaciones sugiriendo que los bajos estándares y el mal entrenamiento no deben constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades.³

A pesar del tiempo transcurrido, tal informe permanece con una alta vigencia y actualidad en la problemática de la formación médica, a tal punto que hasta nuestros días sigue hablándose de la “crisis médica” que se manifiesta cada vez con mayor fuerza. Siguen las denuncias de crisis de cobertura y de la calidad de la atención frente a un progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población. Igualmente, se cuestiona la validez de la educación y práctica médicas frente a la realidad de la situación de la salud y las verdaderas exigencias sociales. Al mismo tiempo, estudiantes y profesionales se quejan que la universidad no los prepara adecuadamente para la práctica futura.^{3,7}

Por otra parte, es manifiesta la inconformidad de la sociedad frente a una profesión médica que trata a los individuos como objetos, reclamando una mayor humanización en la atención. Elaborar un Plan de Estudios o Diseño Curricular que responda a toda la problemática expuesta es por tanto una tarea difícil y compleja, pues debe considerarse que el mismo constituye el proceso de toma de decisiones y organización de los objetivos, contenidos y formas de evaluación que se aplicarán en la or-

ganización de otro proceso aun más complejo: la enseñanza-aprendizaje.^{1,8,9}

La situación se torna aun más complicada, al ser los hospitales los escenarios donde se desarrolla el citado proceso de enseñanza-aprendizaje. Formar y capacitar los futuros especialistas del país y organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que tiene que adecuarse a un método de racionalidad y administración educativa implica un reto todavía inalcanzable para muchos. Esto significa que las autoridades hospitalarias deben tener una profunda comprensión de los requisitos básicos para la investigación científica y la docencia, y al mismo tiempo, favorecer su desenvolvimiento normal como hospital público. Deben ocuparse además del bienestar de los estudiantes, del personal docente y de supervisión; de la conformación y funcionamiento de consejos educativos que analicen y supervisen de manera permanente el desarrollo educativo y, estimulen el perfeccionamiento docente como estrategia de actualización curricular continua.⁸

Es por todos reconocido que los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y que los ministerios de salud e instituciones afines invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas.^{2,7}

Actualmente en el Paraguay, no existe un programa de acreditación para las unidades formadoras de residentes médicos. El Instituto Nacional de Salud (INS), organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, es el ente operacional de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM), la cual organiza y controla la oferta de aproximadamente el 80% de las plazas de programas de residencias médicas en todo el Paraguay. Existen programas que guardan alguna similitud en otros países de América Latina como Argentina, México, etc. ^{4,6,10,11}

En los últimos años, algunos estudios publicados advierten con mayor insistencia acerca de la identificación de algunos aspectos relacionados con la calidad de la residencia médica tales como las jornadas laborales extensas y la falta de un descanso adecuado, que comprometen la salud de los pa-

cientes y la del propio médico.⁵

La necesidad de evaluar y mejorar la educación médica, en particular la formación de médicos especialistas durante la residencia médica (postgrado), ha quedado bien descrita por organismos internacionales y regionales durante la últimas dos décadas. También existen estándares internacionales de calidad en cuanto a la educación teórica y práctica en las residencias médicas.^{12,13} La información obtenida mediante encuestas a médicos en formación en las residencias médicas son utilizadas como parte del proceso de acreditación a dichas residencias médicas para evaluar la calidad de la formación.^{2,13,14,15}

Como parte de un proyecto para crear un sistema nacional de acreditación para las unidades formadoras de residente médicos, el INS decidió realizar una encuesta a residentes médicos en hospitales representativos de la población de residentes quienes accedieron a las plazas de residencia mediante la CONAREM para medir la percepción de los mismos acerca de la calidad de sus respectivos programas de formación, de sus condiciones laborales y de sus planes para la inserción laboral.

Fortalecer los aciertos, identificar los errores y sobre todo tomar decisiones tendientes a corregirlos tendría la implicancia de mejoramiento de dichos programas, para asegurar que el médico formado ha adquirido los conocimientos, habilidades y destrezas técnicas que permiten garantizar la población la calidad de atención médica que define un profesional responsable.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Para elaborar el cuestionario de la encuesta, se utilizó como base el cuestionario utilizado por el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud del Ministerio de Salud de la República Argentina¹⁶, modificada para uso en el Paraguay. Como marco de referencia para modificar las preguntas, y a modo de obtener la percepción de los residentes en cuanto al cumplimiento de medidas objetivas de parte de las unidades formadoras, se utilizaron los estándares de la Federación Mundial de Educadores Médicos (WFME)¹²,

y el reglamento de residencias médicas de la CONAREM.¹⁷

Las variables del estudio fueron incluidas en el cuestionario de la encuesta (Anexo I) que consistió en 51 preguntas, temáticamente dividido en seis áreas:

- Datos demográficos: edad, sexo, procedencia, estado civil y familiar, año de entrenamiento.
- Elección de la especialidad: factores contribuyentes a la elección de la especialidad.
- Formación en servicio: percepción sobre el trabajo asistencial, supervisión, actividades académicas.
- Evaluaciones: modo, frecuencia y utilidad de las evaluaciones sobre el desempeño asistencial y académico.
- Clima y medio ambiente de trabajo: acompañamiento de los tutores en las actividades presenciales, percepción de acoso y discriminación, actividades laborales fuera de la residencia, percepción sobre la remuneración salarial.
- Inserción laboral: percepción sobre la preparación para la inserción laboral, planes después de completar la residencia.

El cuestionario consistió en preguntas de opción múltiple, respuestas sí/no, y escalas de valoración. Por limitaciones logísticas, la encuesta se aplicó a una muestra representativa de residentes médicos en los servicios de siete unidades formadoras en el Departamento Central. La encuesta se aplicó a médicos residentes que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Médicos residentes de todos los años de formación y en todos los servicios durante el año académico 2013 en los siguientes hospitales: Instituto de Medicina Tropical (Asunción), Instituto de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (Asunción), Centro Médico Bautista (Asunción), Hospital Distrital de Lambaré (Departamento Central), Hospital Nacional de Itauguá (Departamento Central), y el Hospital Materno Infantil “San Pablo” (Asunción). También se obtuvo permiso del Departamento de Docencia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (Asunción), institución formadora de residentes con plazas de la CONAREM pero gobernado fuera del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para incluir en la encuesta a los residentes en los

servicios de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cardiología y Cirugía General de dicha institución. La encuesta se realizó en forma presencial y escrita. Se convocó a los residentes en las distintas unidades formadoras para solicitar su participación en forma voluntaria y anónima. Representantes del INS aplicaron y recogieron las encuestas personalmente a los residentes sin la presencia o participación de empleados o tutores de las unidades formadoras para garantizar la anonimidad de las respuestas. Una vez recolectadas las respuestas, los resultados fueron ingresados por personal del INS a una base de datos para su posterior análisis. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EpiInfo, versión 7.1.3.

RESULTADOS

(A) Demografía

El porcentaje de la respuesta fue de 29% (144/503). De los respondientes, 88 correspondieron al sexo femenino y 54 al sexo masculino (62% y 38%, respectivamente).

El rango de edades fue del 68% con edad de 25-29 años, 31% con edad de 30-34 años y 1% más de 35 años. En cuanto al estado civil, la distribución fue de la siguiente forma: solteros 78%, casados 18%, concubinos 3% y viudo/a 1%. En cuanto a año de formación, el 40% correspondieron al primer año de residencia, 28% al segundo año, 26% al tercer año y 6% al cuarto año (Fig.1).

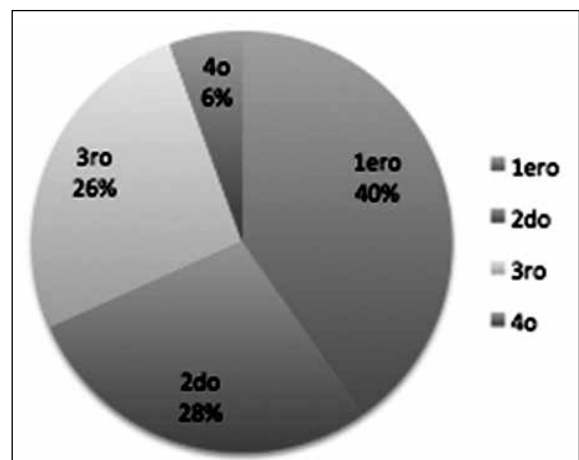


Figura 1. Distribución de respondientes según año de formación

La distribución en relación a especialidades de formación de los médicos residentes se muestra en la (Fig. 2).

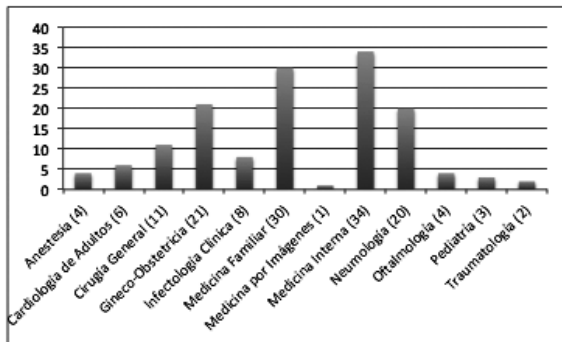


Figura 2. Distribución de respondientes según especialidades de formación

(B) Elección de la Especialidad

En cuanto a elección de la especialidad, 93 (65%) de los respondientes estaban formándose en la especialidad de primera elección. De los 51 (35%) respondientes que no ingresaron a la especialidad de su primera elección, 23 (43%) indicaron que Medicina Interna fue la especialidad que hubiese sido su primera elección (Fig. 3). De los respondientes que contestaron la pregunta, “si hubiese habido vacancias en la especialidad que le interesa, ¿hubiera cambiado su domicilio para efectuar la residencia?”, 32 (63%) indicaron “Si”.

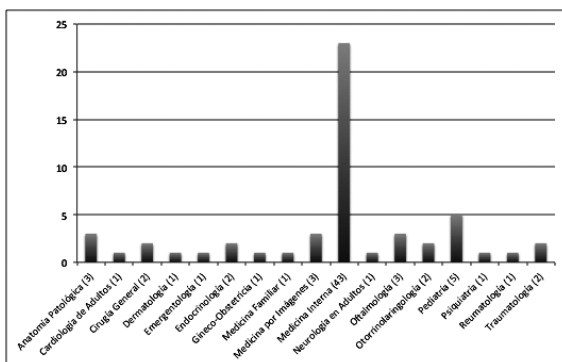


Figura 3. Especialidad de preferencia en residentes quienes no ingresaron a la residencia de su primera elección.

(C) Formación en Servicio

El promedio de la duración de la jornada laboral fue de 10,21 horas diarias (rango de 8 a 36 horas). El promedio de horas entre la salida del servicio y la próxima entrada al servicio (horas de descanso) fue de 12,89 horas (rango entre 8 y 16 horas). El promedio de guardias por semana fue de 2,89 (rango de 1 a 4). En cuanto a la salida al mediodía del día posterior de las guardias nocturnas (requisito del reglamento de la CONAREM)17, 74 de los respondientes (51%) indicaron que no les es permitido cumplir con ese requisito, quedándose un promedio de 4,28 (rango 1,5-12) horas después del mediodía en los días posterior a la guardia nocturna. El promedio de horas que los respondientes reportaron dormir en las noches (fuera del trabajo) fue de 5,89 horas (rango 3,5-10). De los 85 (59% del total de respondientes) de los residentes que realizan consultorio externo como parte de su formación, 27 (32% de los que realizan consultorio) respondieron que durante el consultorio no tienen supervisión o son supervisados por otros residentes.

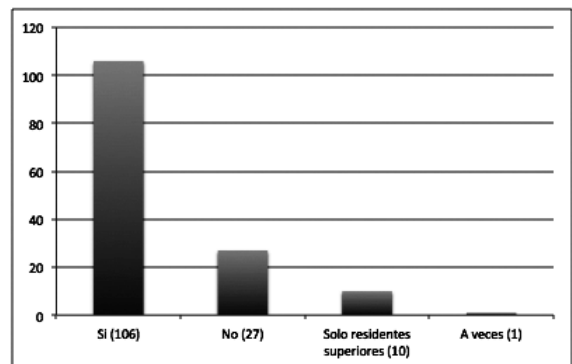


Figura 4. Respuestas a la pregunta: “En sus prácticas asistenciales en el servicio o rotaciones ¿cuenta con supervisión presencial en la institución?”

En sala de internación, el promedio de pacientes que cada residente tenía a su cargo fue reportado como 11,37 (rango 3-50). 140 (97%) de los respondientes indicaron que podían acceder a servicios básicos de laboratorio, imágenes e interconsulta en su propia institución. 134 (93%) indicaron que en su institución se realiza una recorrida médica edu-

cativa con la participación de médicos de planta o jefes de servicio, 117 (81%) indicando que dicha recorrida se realiza a diario. Durante el día en la jornada laboral, 106 (74%) respondientes indicaron que contaban con supervisión de un médico de planta o jefe de servicio (Fig.4); los restantes 38 (26%) respondientes indicaron que no contaban con supervisión durante el día o solo eran supervisados por otros residentes.

La última cifra aumentó a 52 (36%) cuando se preguntó acerca de la supervisión en las guardias nocturnas, estos respondientes indicando que no tenían supervisión, solo eran supervisados “a veces” o eran supervisados por otros residentes (Fig.5).

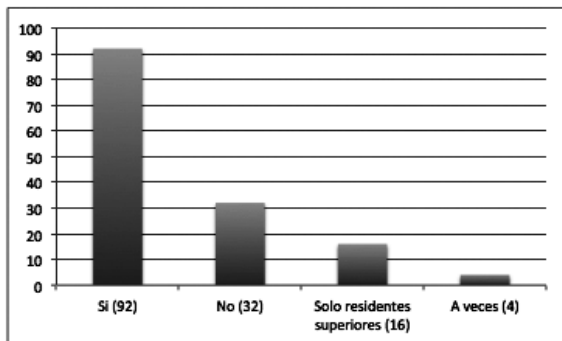


Figura 5. Respuestas a la pregunta: “En las guardias ¿cuenta con supervisión presencial en la institución?”

En cuanto a las actividades académicas o clases teóricas, el promedio de la programación de dichas actividades fue de 2,26 (rango 0-5) veces por semana, sin embargo, 57 (40%) de los respondientes indicaron que no se respetan los tiempos asignados a las clases. 91 (63%) de los respondientes indicaron que las clases les son útiles para la práctica diaria; 53 (37%) respondieron que las clases no les son útiles o son útiles “a veces”.

De 132 (92%) respondieron que habían incurrido en algún error en su trabajo cotidiano dentro de la residencia, siendo citado el cansancio (115 o 87%) el factor más común, seguido por falta de supervisión (78 o 59%) y luego por falta de formación (64 o 48%), con 82 (62%) citando más de un factor relacionado con el error (Fig. 6).

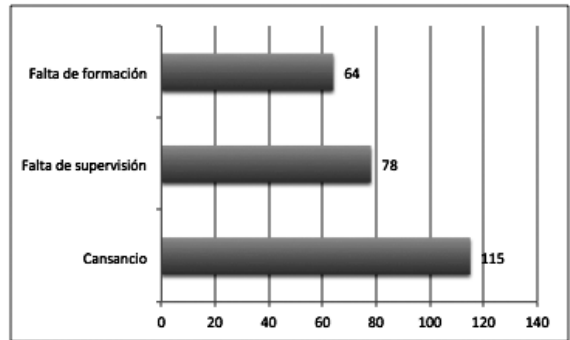


Figura 6. Factores citados como causa de errores cometidos por los respondientes.

(D) Evaluaciones

Referente a las evaluaciones, 119 (83%) respondientes indicaron que se les explica el sistema de evaluación al inicio de la residencia. 79 (55%) indicaron que siempre se les evalúa después de cada rotación, mientras que 49 (34%) indicaron que se les evalúa “a veces” después de cada rotación y 16 (11%) indicaron que “nunca” se les evalúa. 88 (61%) de los respondientes consideran que su sistema de evaluación no reflejaba la eficacia del proceso de enseñanza y aprendizaje. Solo 64 (44%) respondientes reportaron que se les comunicaba siempre el resultado de sus evaluaciones.

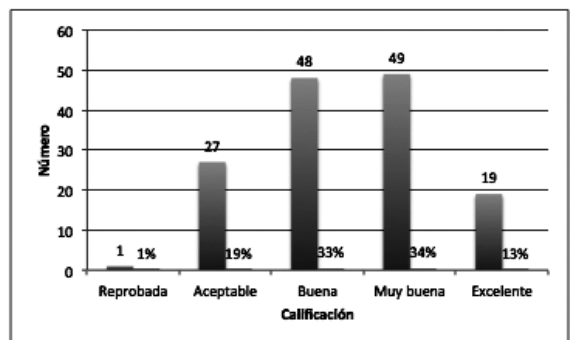


Figura 7: Calificación de las Residencias

Los cambios al sistema de evaluación más sugeridos por los respondientes se podían resumir en evaluaciones más frecuentes, evaluaciones más enfocadas en el desempeño del trabajo diario y/o relacionado con el cuidado de pacientes actuales, más transparencia en el sistema de evaluación con

objetivos y criterios mejor definidos y más frecuente retroalimentación a los residentes. Solo 13 respondientes (9%) indicaron que en su institución los residentes tienen oportunidad de evaluar el desempeño de sus docentes.

La Figura 7 muestra las respuestas a la pregunta, “¿Cómo calificaría a su residencia del 1 al 5 siendo ‘5’ la mejor calificación posible y ‘1’ la peor calificación posible?”.

(E) Clima y Medio Ambiente de Trabajo

En cuanto a las actividades del trabajo, 41 (28%) respondieron que “siempre” tenían las herramientas necesarias para realizar su trabajo con eficacia y seguridad, mientras que 93 (65%) respondieron “algunas veces” y 19 (13%) respondieron “nunca” a la misma pregunta. A la pregunta “¿se siente discriminado y/o explotado por sus supervisores?”, 17 (12%) respondieron “siempre”, 84 (58%) respondieron “algunas veces”, y 43 (30%) respondieron “nunca”. 57 (40%) respondieron “algunas veces” a la pregunta “¿se siente acosado y/o intimidado por sus supervisores?”, 4 (3%) respondieron “siempre” y 83 (58%) respondieron “nunca” a la misma pregunta. En cuanto a la relación con los tutores, 107 (74%) respondientes la calificaron de “muy buena” o “buena”, con solo 37 (26%) calificándolo de “regular” o “mala”. 87 (60%) respondientes consideraron “poco adecuado” o “inadecuado” la infraestructura y equipamiento con la que contaban para su formación.

Cuando preguntado sobre su remuneración, 26 (18%) los respondientes indicaron que su salario cubre el 100% de sus gastos, mientras que 39 (27%) indicaron que su sueldo cubría el 75% de sus gastos mensuales, 65 (45%) indicaron que su sueldo cubría el 50% de sus gastos mensuales, y 14 (10%) indicaron que su sueldo solo cubría el 25% de sus gastos mensuales.

El 73 (51%) de los respondientes indicaron que recibían apoyo económico de familiares u otras personas para solventar sus gastos mensuales, y 36 (25%) de los respondientes indicaron que hacían guardias extras fuera de la residencia, siendo “para cubrir necesidades básicas” el motivo más frecuente (27 o 75%) el motivo más frecuente por hacer

guardias fuera de la residencia (Fig.8). 78 (54%) respondientes indicaron que la gestión social (gestar u obtener medicamentos, estudios o transportes) ocupa más del 25% de su tiempo durante el día.

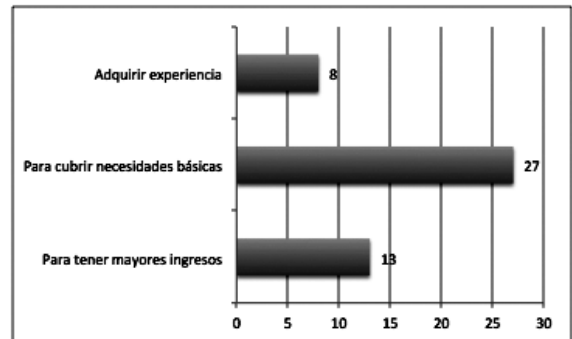


Figura 8. Motivos por el cual realiza guardias adicionales fuera de la residencia

(F) Inserción Laboral

De los 50 respondientes en su último año de formación, 42 (84%) respondieron que se sentían preparados para ejercer la especialidad al finalizar su formación. 124 (86%) respondientes indicaron que tenían planes para realizar una sub-especialización. 116 (81%) indicaron que preferirían trabajar tanto en el ámbito privado como público luego de concluir su formación.

DISCUSION

A nuestro saber, no existen otros estudios publicados sobre la percepción de los residentes médicos en el Paraguay acerca de su formación. La literatura existente sobre la percepción de residentes médicos en cuanto a su formación en otros países latinoamericanos se ha enfocado en áreas más puntuales^{15,18}, o en áreas relacionadas a su calidad de vida y/o salud mental^{19,20}, por tanto, es difícil hacer una comparación directa con los resultados de este estudio.

El actual sistema de distribución de plazas de residencias por especialidad de la CONAREM en el Paraguay, en donde todos los candidatos a cualquier residencia médica deben rendir un examen de ingreso conjunto y aquellos con el mayor puntaje

tienen primera elección de la especialidad, produce un alto porcentaje de residentes, en este estudio 35%, quienes no se están formando en una especialidad de su primera elección. De los que no ingresaron a la especialidad de su primera elección, el mayor porcentaje (43%) indicaron que desearían haber entrado en Medicina Interna, y de los que no ingresaron en su especialidad de primera elección, el 63% indicaron que cambiarían de domicilio para acceder a una plaza en su especialidad de elección. Como actualmente la gran mayoría de las plazas de residencias médicas están ubicadas en la zona metropolitana de la capital nacional, Asunción, estos datos podrían guiar una política de redistribución de plazas de residencias, tanto de especialidades, como en ubicación en otras zonas del país, con el objeto de lograr que más residentes se formen en una especialidad de su elección y que más unidades formadoras estén habilitadas en zonas del interior del país.

En cuanto a la formación en servicio, los respondientes informaron un alto grado (51%) de incumplimiento con la reglamentación en cuanto a los límites relacionados con la jornada laboral luego de las guardias nocturnas, lo que podría ser una violación del reglamento existente en el Paraguay en cuanto a las residencias médicas¹⁷, además de ser un riesgo en la formación de los residentes²¹. El promedio de horas de sueño por día (5,89) que informaron los respondientes es menor a lo que se observa en residentes en otros países y a niveles en donde se considera que se podría afectar tanto la salud física y mental de residentes como también la seguridad de los pacientes²². Esta cifra es más preocupante cuando se nota el alto porcentaje de respondientes (92%) quienes perciben que han cometido un error médico durante su formación, siendo el cansancio el factor más citado como causa de dichos errores, seguido por la falta de supervisión, lo que podría estar asociado con los porcentajes de residentes quienes perciben una falta de supervisión tanto durante el día como durante las guardias nocturnas (26% y 36% respectivamente).

Un alto porcentaje de respondientes indicaron que podían acceder a los servicios necesarios para el cuidado de sus pacientes en su misma institución

y que se hacía una recorrida educativa en el servicio a diario (97% y 93%, respectivamente), lo que podría reflejar esfuerzos positivos de las unidades formadoras en la provisión de servicios necesarios y en el enfoque de la misión educativa en los servicios.

También se observan posibles déficits en el sistema educativo y evaluativo si las percepciones de los residentes se comparan con los estándares para la educación médica posgrado¹². En particular, un alto porcentaje (40%) indicaron que no se respetan los tiempos asignados para las clases teóricas, poco más de la mitad (55%) de los respondientes informaron que se les evalúa consistentemente después de cada rotación, la mayoría (61%) perciben que el sistema de evaluación no refleja el proceso de enseñanza y solo 44% reportaron que siempre se les informaba el resultado de sus evaluaciones. Las sugerencias de los residentes para mejorar su proceso evaluativo (más consistencia, transparencia y frecuencia en el sistema evaluativo) concuerdan con los estándares mundiales para la educación médica¹², por tanto, se nota en estas respuestas un deseo de parte de los residentes de recibir más retroalimentación en cuanto a su educación. El bajo porcentaje (9%) de residentes quienes informan que evalúan el desempeño de sus docentes y la falta de dicha información a la hora de evaluar los programas de formación podría ser una barrera para la mejoría del sistema educativo en las unidades formadoras¹².

Aunque un alto porcentaje (74%) de los respondientes describieron su relación con su plantel docente de “muy buena” o “buena”, es preocupante el alto porcentaje quienes respondieron que se sienten acosado y/o intimidado por sus supervisores. Nuestra encuesta no distinguía si los supervisores eran residentes superiores o tutores, sin embargo, este hallazgo debería ser investigado más a fondo por parte de las unidades formadoras individuales para garantizar un clima de trabajo seguro y equitativo para los residentes.

También los respondientes informaron un posible desajuste entre sus gastos mensuales y su salario mensual, con más del 80% notando que su salario cubre menos del 75% de sus gastos mensuales.

Como el reglamento de las residencias médicas de la CONAREM¹⁷ prohíbe las guardias fuera de la residencia, el 25% de los respondientes que informan hacer guardias extras fuera del ámbito formativo lo están haciendo en violación de dicho reglamento y podría contribuir a la falta de sueño y el cansancio asociado con los errores percibidos de parte de los residentes en esta encuesta.

Como en Paraguay, el sistema de salud público es el único punto de acceso al sistema de salud que tiene un alto porcentaje de la población de nivel socioeconómico bajo, y que tradicionalmente es de menor remuneración para el personal médico, el alto porcentaje de respondientes quienes indican que estarían dispuestos a trabajar tanto en el ámbito público como el privado es alentador cuando se consideran las necesidades de recursos humanos en el sistema de salud público. Sin embargo, el alto porcentaje (86%) de los respondientes quienes desean realizar una sub-especialización no concuerda con las necesidades de ampliar el sistema de Atención Primaria en la región¹³, y podría señalar la necesidad de reorientar el sistema educativo médico hacia una política más enfocada a la Atención Primaria.

Las limitaciones de la presente investigación son varias. El bajo porcentaje de respuesta (29%) probablemente se debe al método de recolección de datos (recolección personal, puntual en base a convocación) y podría limitar la generalización de los resultados. Por limitaciones logísticas y de tiempo, la encuesta se llevó a cabo en unidades formadoras ubicadas en las zonas cercanas a la capital del país (Asunción) y no se encuestó a residentes en unidades formadoras en el interior del país. Sin embargo, como la mayoría de las plazas de residencia se encuentran en las zonas cercanas a Asunción, es improbable que la inclusión de residentes del interior hubiese modificado los hallazgos. Sí sería de sumo interés que futuras investigaciones sobre este tema incluyan a residentes de todo el país y puedan distinguir diferencias en las percepciones entre distintos grupos de residentes. También varios de los hallazgos en el presente estudio se prestan para mayor profundización en futuras investigaciones, los cuales podrían aportar mayores datos en cada una de las áreas de interés de esta encuesta.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos de esta investigación, basada en las percepciones de los residentes en formación, apuntan a varios posibles déficits en la formación actual de médicos residentes en el Paraguay, tanto en la formación teórica/académica como en la formación en servicio y en la planificación de recursos humanos, evidenciados en las ofertas de plazas, a nivel nacional. Los déficits notados no solo afectarían la formación educativa y profesional de los médicos residentes sino también afectarían directamente la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

Un sistema de acreditación de las unidades formadoras podría ser un factor importante para garantizar la calidad de la formación médica y el servicio asistencial a pacientes en las unidades formadoras. También se debería considerar la implementación de una política de recursos humanos en salud a nivel nacional para asegurar que el sistema de formación de residentes médicos produzca la calidad, cantidad y mezcla de profesionales especialistas de acuerdo a las necesidades del sistema de salud y también de acuerdo a los deseos educativos de los médicos en formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cao N. *Los Planes de Estudio y Programas de las Especialidades Médicas*. Rev. Cub Educ Med Super. 2001;15(2):147-58.
2. OPS/OMS. *Residencias Médicas en América Latina. Documento de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C. 2011.
3. Silberman F. *Educación Médica de Posgrado*. RevAsoc Argent OrtopTraumatol. 2010;75(3):88-96.
4. Galli A. *Situación Actual de la Educación Médica en Argentina: EducMed*. 2009;12(1):3-55.
5. Eymann A y Busanich J. *Todavía falta mucho por comprender y mejorar en las residencias médicas*. Arch Argent Pediatr [online]. 2009;107(3):198-199. Revisado el 25 de junio del 2014.
6. Marcelo F. Figari. *50° aniversario de las Residencias Médicas en el Hospital Italiano*. RevHosptal. B.Aires 2012;32(1):1-2.
7. Aréchiga H. *La Pertinencia Social del Posgrado: Las Ciencias de la Salud*. Omnia. 1996;12(34):17-29.

8. *Los Cambios de la Profesión Médica y su Influencia sobre la Educación Médica. Documento de Posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica.* EducMed Salud. 1994;28(1):125-38.
9. Davini MC. *Currículo integrado.* Extraído de http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoio/pu-b04U278.pdf. Revisado el 24 de junio del 2014
10. Martuscelli J, Alvarez J, Durán L, Becerra J. México: *Evaluación de la Formación de Médicos con base en los Resultados de un Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.* EducMed Salud. 1988;22(2):128-40.
11. Borrell R. *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa.* Buenos Aires; OPS; 2005
12. *Educación Médica de Postgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad.* Copenhagen. Marzo 2003. Sitio web WFME www.wfme.org. Revisado el 24 de junio del 2014.
13. OPS/OMS. *La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS. Documento de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).* Washington, D.C. 2010.
14. Ministerio de la Salud Argentina. *Residencias del Equipo de Salud. Documento Marco del Ministerio de la Salud de la República Argentina.* Buenos Aires. 2011.
15. González-Martínez JF, García-García JA et al. *Evaluación de la Satisfacción Educativa de Médicos Residentes. Cirugía y Cirujanos 2011;*79(2):156-167
16. *Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Instrumento de Evaluación de Residencias. Documento Marco de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la República Argentina.* Buenos Aires. 2010. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/encuesta%20a%20residentes.pdf>. Revisado el 24 de junio del 2014.
17. *Reglamento General de las Residencias Médicas. Comisión Nacional de Residencias Médicas, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, 2012.* Disponible en <http://www.conarem.ins.gov.py/index.php/reglamentos>. Revisado el 24 de junio del 2014.
18. Reyes C, Zúñiga D, Wright A et al. *¿Están preparados los residentes e internos para enseñar? Percepción de estudiantes de medicina de pre y postgrado.* RevMéd Chile [online]. 2010, vol.138, n.2 [citado 2014-05-11], pp. 196-204 . Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000200008&lng=es&nrm=iso. Revisado el 24 de junio del 2014.
19. Schonbaut B Luisa, Rojas N Paulina, Millán K Teresa. *Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría.* Rev-ChilPediatr [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 9 mayo del 2014];80(1):30-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000100004&lng=es. Revisado el 24 de junio del 2014.
20. Aguirre H Raúl, López F Juan, Flores F, Rosa. *Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas.* Revista Fuente 2011,3(8):28-33
21. Deschamps Perdomo Ambar, Olivares Román Sahilyn B., Rosa Zabala Kelman Luis De la, Asunsolo del Barco Ángel. *Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras.* Med Secur Trab[revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 12 de mayo del 2014];57(224): 224-241. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000300004&lng=es. Revisado el 24 de junio del 2014.
22. Sen S, Kranzler HR, Didwania AK, et al. *Effects of the 2011 DutyHourReformsonInterns and TheirPatients: A Prospective Longitudinal CohortStudy [Efectos de la Reforma a las Horas de Trabajo del 2011 sobre los Internos y sus Pacientes].* JAMA InternMed. 2013;173(8):657-662.