

Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación¹

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Gustavo Reyes Duque
Luis Carlos Ortiz Monsalve

Bogotá D.C., enero de 2013

¹ Trabajo realizado en el marco del contrato de prestación de servicios No. 541 de 2012 suscrito con Gustavo Reyes Duque.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Contenido

1. Objetivos y metodología de la Investigación.....	3
2. Introducción.....	6
3. Sistemas de especialidades médicas en el Mundo y Latinoamérica.	13
3.1. Unidades, instituciones o dependencias encargadas de estructurar y titular a las especialidades médicas.....	13
3.2. Entidades que regulan las condiciones de calidad de las residencias	15
3.3. Aspectos relacionados con la vinculación de los estudiantes a los programas.	17
3.3.1. ¿Es el residente un estudiante o un empleado? ¿trabajan o no trabajan?	17
3.4. Condiciones de bienestar de los estudiantes en los programas	27
4. Análisis de los procesos de formación, de los aspectos laborales y de los sistemas de financiamiento de las residencias médicas en Colombia desde el marco legal.	28
4.1. Análisis de la reglamentación existente.....	29
5. Tendencias en la formación de especialistas médico quirúrgicos.	42
6. Propuesta de un modelo de Residencias Médicas para Colombia.....	47
7. Estructura general de una propuesta reglamentaria para las residencias médicas.....	64

Sistema de Residencias Médicas en Colombia

Marco conceptual para una propuesta de regulación.

1. Objetivos y metodología de la Investigación

Los objetivos de este marco conceptual son:

1. Resumir e identificar las tendencias de los sistemas de residencias médicas en el mundo y en particular en Latinoamérica.
2. Analizar los diferentes modelos de regulación de normas en residencias médicas, de sueldos, condiciones laborales, condiciones de bienestar en los residentes médicos de otros países para identificar oportunidades de mejora en la propuesta de reglamentación.

La metodología que se uso fue la siguiente:

1. Búsqueda de documentos pertinentes al tema propuesto y que respondieran a las siguientes preguntas problema: Cómo es el reconocimiento financiero (salario o beca) a los residentes en latinoamericana, en el mundo y en Colombia?. ¿los turnos de los residentes son equivalentes a turnos laborales de trabajadores ordinarios o es equivalente a un turno académico o ambos?. ¿El residente, profesional graduado como médico general: debe tener restricciones o delegación progresiva para la prestación de servicios?. ¿Cuál es la responsabilidad médica de los residentes en el entorno de la triada: academia, laboral y prestación de servicios?. ¿Se requieren pólizas colectivas o individuales para cubrimiento de la responsabilidad médica?. ¿Si es un trabajador y no un estudiante común, porque se glosa la prestación de servicios atendida exclusivamente por residentes desde FOSYGA?. ¿Los programas de residencias son suficientes para las necesidades del sistema de salud?. ¿Cómo se deben asignar los cupos para la formación de residencias médicas en Colombia? ¿Regular cupos favorece o desfavorece a alguien?. ¿Quién debe asumir los costos de formación: el residente, la IPS, la EPS, el estado o todos?. ¿Es

necesario un servicio social obligatorio para las residencias?. ¿Cuál es la relación entre APS, formación de residentes y delegación progresiva?. ¿Cómo son las condiciones laborales y de bienestar de los residentes en Colombia?.

2. Sistematización del análisis de estos documentos mediante el software de investigación cualitativa N-vivo versión 10. Las variables elegidas inicialmente para el análisis fueron:

CATEGORÍA PROPUESTA		DESCRIPCIÓN
1	Tipo de especialidad médica	Se encuentra información que distingue conceptos dependiendo de las áreas y sub áreas de formación médica.
	1. Adultos Clínica	
	2. Adultos Quirúrgica	
	3. Pediatría	
	4. Apoyo y gestión en cuidados críticos, diagnóstico y terapéutico	
	5. Apoyo y gestión en rehabilitación y cuidados de la salud	
	6. Apoyo y gestión en investigación y laboratorio	
	7. Apoyo y gestión en planificación, organización y jurídico.	
2	Duración de la residencia médica	Tiempo en años que duran las residencias médicas
3	Cantidad total de sedes hospitalarias	Número de sedes o instituciones en dónde desarrollan programas los residentes de medicina
4	Cantidad de sitios de práctica para residencias médicas	Número de sitios de práctica para las residencias médicas
5	Cantidad de cupos en la especialidades	Número de plazas en los países por especialidad médica
6	Costo anual de las residencias	Valor pagado por los alumnos de la residencia.
7	Salario anual de los residentes	Valor pagado a los residentes en las instituciones.
8	Responsable del pago de salarios	Quién se encarga de pagar los salarios de los residentes.
9	Pagos y beneficios de salarios	Qué aportes deben hacer los residentes a los sistemas del estado y quién los controla.
10	Entidades que se encargan de regulación residencias	Quiénes se encargan de organizar y programar los programas de residencia.
11	Entidades que se encargan de titular residencias	Quiénes se encargan de entregar los títulos a los residentes, pueden ser hospitales, universidades o mixtos.
12	Entidades o grupos de orientar y asesorar programas de residencias médicas	Comisiones especializadas de formular y elaborar las políticas de las residencias, normalmente son delegaciones con participación de todos los sectores.
13	Sistemas de información de residencias médicas	Entes encargados de mantener, controlar y analizar la información de los posgrados médicos.
14	Tipos de contratación de residentes	Que tipo de contratación y con quién tienen los residentes.
15	Horas semanales de trabajo	Cantidad de horas que laboran los residentes.
16	Horas semanales de turnos	Cantidad de horas en turno que deben cumplir los

		residentes.
17	Condiciones laborales: Riesgos profesionales	Tipos de beneficios y condiciones de seguridad de los residentes en su ciclo de formación.
18	Condiciones laborales: Seguridad Social	
19	Condiciones laborales: Bienestar	
20	Condiciones laborales: Pensiones	
21	Dependencia o cargo responsable del proceso educativo en hospitales	Quién es el responsable directo de la gestión académica en el sistema educativo de la residencia.
22	Reglamentos de residencias	Tipos de reglas que manejan para la residencia, la mayoría solo regulan la relación laboral.
23	Tipos de unidades docentes y funciones	Organización y conformación de los docentes en los hospitales, y cuales son sus funciones.
24	Entes acreditadores de las sedes para residencias	Tipos de entes que velan por la idoneidad de los sitios en donde los alumnos desarrollan sus práctica.

2. Introducción

Este documento pretende resumir las principales tendencias y características de las residencias médicas en otros países y en Colombia para que sirva de referente y de ayuda para el diseño de una propuesta de marco normativo para las residencias médicas en Colombia. Una tendencia es un patrón de comportamiento de los elementos de un entorno particular durante un periodo. Las tendencias son como una de las grandes ramas de un árbol. Las tendencias como ramas de árboles grandes son tres o cuatro y llevan años formándose y creciendo. Las tendencias en similitud, se forman en años y se van implantando en diferentes ámbitos como el económico, político, social o intelectual de la sociedad. Esas tendencias deben identificarse porque pueden ser favorables para los sistemas o incluso desfavorables. En este último caso, se deben contrarrestar porque pueden llevar a consecuencias no deseadas para la sociedad.

Según la OPS, se define como residencias médicas al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines (4). En Colombia, según el Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación, por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior en su artículo 23, las especializaciones médicas y quirúrgicas son: “Son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y adquirir los conocimientos, competencias y destrezas avanzados para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada, lo cual se logra a través de un proceso de enseñanza–aprendizaje teórico que hace parte de los contenidos curriculares, y práctico con el cumplimiento del tiempo de servicio en los sitios de prácticas asistenciales y la

intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de las competencias buscadas por el programa. De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría”.

Según las anteriores definiciones, la formación de especialistas en medicina tiene características complejas y muy específicas por lo que el modelo de formación se debe sustentar en un sistema de residentes médicas. En este contexto, se puede definir un sistema como el conjunto de elementos organizados que interactúan entre sí y con su ambiente, para lograr objetivos comunes, operando sobre información y sobre elementos para producir como salida información nueva o nuevas propiedades como resultado de la interacción entre las partes. Si observan, las residencias médicas tienen las mismas características de un sistema y como tal se deben abordar. No obstante, este “sistema” desde la mirada de la normativa aún no se consolida en nuestro país. En consecuencia de este abordaje, se puede expresar que los factores que pueden afectar un sistema de residencias médicas son: la cultura, la calidad, el estado, la comunidad académica (IES) y las asociaciones médicas. Así las cosas, el sistema no tiene un solo propietario. Por eso el sistema por sí tiene varios componentes donde interactúan varios actores. Los componentes de ese sistema pueden ser: programas académicos, estudiantes, profesores, titulaciones y recertificaciones, sistemas de calidad de programas, sitios de práctica y financiación del sistema de residencias médicas. Este modelo aún tiene muchas tensiones; por ejemplo, en Colombia, aún hay tensiones importantes con respecto a la definición y el papel de los estudiantes en los programas de residencias médicas. Para muchos, los estudiantes de postgrados de las especializaciones médico-quirúrgicas son una categoría especial de estudiantes. Esta categorización se debe a varios factores: primero, el residente realiza actividades propias del ciclo de formación educativa pero también realiza actividades propias del ciclo laboral; es decir combina características de estos dos ciclos; segundo, las actividades mixtas de los dos ciclos son supervisadas por dos tipos de instituciones: Las IPS y las IES; tercero, las regulaciones en consecuencia son mixtas; es decir, son reguladas por el sistema educativo y el sistema de seguridad social en salud pero no por el sistema laboral. A continuación se describirán con mayor detalle estos factores.

Las residencias médicas es un término que se usa para definir los programas de posgrados en medicina que requieren practicas hospitalarias con alto grado de calidad y con curvas

de aprendizaje dependientes del número de casos y del tiempo de exposición a los casos. Como estas exigen una dedicación exclusiva y en el pasado los médicos que accedían a estos programas vivían en los hospitales se les denominó “residencias”. Esta denominación se registra como término en los libros en inglés desde el año 1942 y en español desde el año 1952 (1). Ver figura 1.

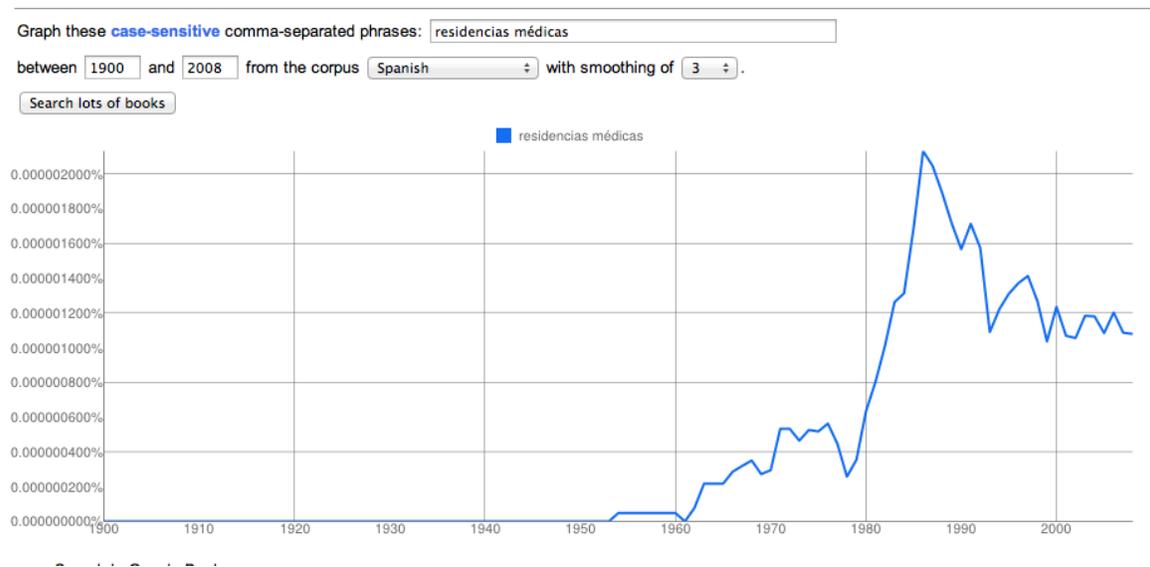


Figura 1. Aparición de la frase “residencias médicas” en el software en línea google books ngram-viewer. Observe que el término comienza aparecer en los libros para el año de 1952, con pico en el año de 1990.

Los desarrollos acelerados en el conocimiento en medicina obligó, históricamente, a la comunidad médica a especializar su fuerza laboral antes que las otras áreas del conocimiento. Además, exigía una dedicación exclusiva de los estudiantes en formación por la complejidad de los nuevos aprendizajes y el tipo curvas de aprendizaje necesarias para minimizar los eventos adversos en la prestación de servicios de salud. Este tipo de formación se fundamentaba en la autonomía de los estudiantes, la asesoría y acompañamiento de profesores expertos y la adquisición de habilidades clínicas con realización de casos en los centros hospitalarios. Así las cosas, estos profesionales debían abandonar cualquier vinculación laboral para dedicarse a su formación. Por otra parte, con el déficit de médicos para la prestación de servicios de salud, se hacía necesario que tales “residentes” además de formarse en su campo específico, debían prestar servicios de salud de acuerdo a las competencias y habilidades que se desarrollaban progresivamente en los

programas. Normalmente estos programas eran ofertados por hospitales donde se desarrollaban actividades de salud de alta complejidad. Desde estos albores ya se generaron tensiones importantes con esta modalidad de formación porque desarrollaban actividades académicas propias de los ciclos de formación educativos y actividades laborales propias del ciclo laboral. En este modelo se hablaba de supervisión, evaluación, enseñanza, delegación, asistencia o prestación de servicios, turnos o guardias para prestar servicios, educación de residentes para estudiantes de pregrado. Si observan, ya habían actividades propias de un estudiante universitario y actividades propias de un trabajador.

En particular, en Colombia, las residencias médicas fueron ofertadas por hospitales y se fundamentaban en la acción tutorial de los docentes de esos hospitales. A partir de **1959**, con la creación de ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) los posgrados comenzaron a estructurarse como verdaderos programas académicos. Hasta entonces habían dos tipos de médicos que ejercían campos propios de la especialización: unos formados en el exterior y otros que realizaron residencias en los hospitales universitarios por dos, tres o cuatro años y luego eran reconocidos por la comunidad médica como especialistas. Posteriormente, el mismo ASCOFAME, mediante regulación establecida por el gobierno nacional (años 1962 y 1963), conceptuaba sobre la idoneidad de los profesionales formados como especialistas en el exterior y otorgaba títulos por “experiencia adquirida” según criterios académicos definidos por ellos.

Con respecto a esto, R. Escobar (2009) escribe: “ASCOFAME, con representantes de las siete facultades de medicina existentes, delegada por el Ministerio de Educación Nacional, creó dentro de la estructura un Consejo General de Especialidades Médicas y para cumplir lo anterior, formó los comités, constituidos por miembros del profesorado de las universidades afiliadas que enviaban sus candidatos y de los comités de cada especialidad se nombraban los visitadores evaluadores que, de acuerdo con el formato pertinente, efectuaban las visitas solicitadas por las distintas universidades para la aprobación, reconocimiento y certificación de la respectiva especialidad y los programas y los años de estudio que se requerían para determinada especialidad” (2).

Para este momento aún las residencias tenían una dedicación exclusiva, tenían funciones asistenciales y dependían de las tutorías de los expertos, pero tenían programas más estructurados. Cuando terminaban, se les entregaba una certificación a los estudiantes, que

ellos presentaban a ASCOFAME para que le reconocieran y certificaran el título de especialista.

En esa época, no había ICFES, ni regulaciones especiales, por eso el Ministerio de Educación delegó a ASCOFAME esas funciones. En términos generales, ellos aprobaban y certificaban las especialidades y aprobaban y certificaban los servicios o departamentos donde se efectuaban las prácticas médicas.

En 1970, el reciente creado ICFES (Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior), asume funciones para acreditación de programas, para facultar a las universidades para expedir los títulos de las diferentes especialidades médicas y para convalidar títulos de programas realizados en el exterior. Estas tareas se realizaron en alianza con ASCOFAME. Luego la Ley 30 de 1992 de educación, delega la titulación de las especialidades médicas a las universidades; por la misma época, la Ley 100 de 1993 la cual regula el nascente sistema de seguridad social en salud legisla algunos aspectos con respecto a las residencias médicas. Posteriormente, con el ánimo de regular las especialidades se establecen varias normas que se describen en este documento, que tienen el ánimo de organizar el sistema de residencias médicas. El nuevo modelo propuesto por la normatividad exige un control mixto, por las IES donde se estructura y diseña el programa académico y por las IPS donde se desarrollan las prácticas. El control mixto se estructura a través de las condiciones de calidad académicas exigidas por el Ministerio de Educación Nacional y los programas de relación docencia servicio exigidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. Este “control mixto” explica en parte la categoría especial de las residencias médicas en Colombia.

A pesar del surgimiento de la normatividad para la organización de las residencias médicas, no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas que satisfaga todos los actores del sistema. Esto se puede deber a: la falta de articulación de los ministerios – de educación y de la protección social-, la crisis del sistema de salud, la dominancia en el gerenciamiento sobre la prestación de servicios de salud, la exigencia de normas de calidad para el funcionamiento de las IPS, la falta de recursos por parte del estado para la promoción de la formación médica, la ambición de las IPS por obtener fuentes de recursos extras a la prestación de servicios que hacen que cobren “peaje” por el entrenamiento de los futuros especialistas, la deficiencia de recurso humano en algunas áreas de la medicina, entre otros.

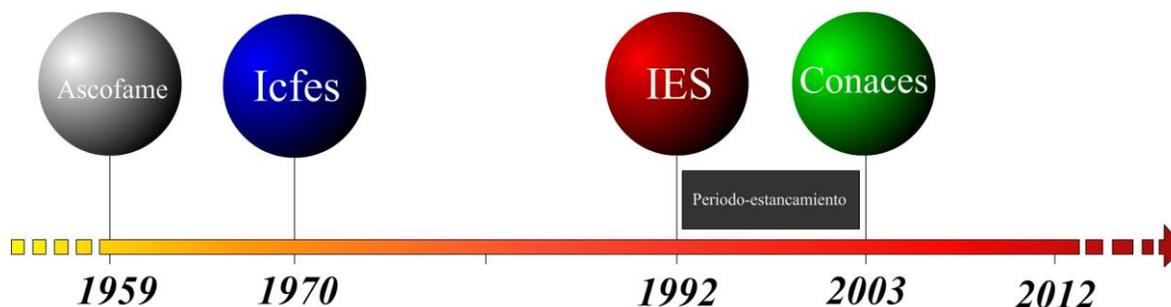


Figura 2. Instituciones que dirigieron, por regulación, los asuntos de las residencias médicas desde el año 1959 en Colombia. Antes los programas eran más informales y ofrecidos por los hospitales. Observen que en el periodo 1992-2003 se muestra una franja negra. Este periodo corresponde a un estancamiento (no control) mientras que se establecía la reglamentación definitiva de la ley de educación.

Estos procesos históricos han dejado en su devenir tensiones regulatorias, debilidad regulatoria en algunos aspectos y regulaciones de dos ministerios: el de educación y el de salud y protección social. Por esto, hoy se sugiere que para vencer estas brechas se definan estos estudiantes como categoría especial y se mejore la normativa con el fin de responder con claridad muchas preguntas que han emergido en las últimas décadas y que si bien tienen regulación, aún no son hábitos comunes en las residencias médicas en Colombia. Estas preguntas son: Cómo es el reconocimiento financiero (salario o beca) a los residentes en latinoamericana, en el mundo y en Colombia?. ¿los turnos de los residentes son equivalentes a turnos laborales de trabajadores ordinarios o es equivalente a un turno académico o ambos?. ¿El residente, profesional graduado como médico general: debe tener restricciones o delegación progresiva para la prestación de servicios?. ¿Cuál es la responsabilidad médica de los residentes en el entorno de la triada: academia, laboral y prestación de servicios?. ¿Se requieren pólizas colectivas o individuales para cubrimiento de la responsabilidad médica?. ¿Si es un trabajador y no un estudiante común, porque se glosa la prestación de servicios atendida exclusivamente por residentes desde FOSYGA?. ¿Los programas de residencias son suficientes para las necesidades del sistema de salud?.

¿Cómo se deben asignar los cupos para la formación de residencias médicas en Colombia?
¿Regular cupos favorece o desfavorece a alguien?. ¿Quién debe asumir los costos de formación: el residente, la IPS, la EPS, el estado o todos?. ¿Es necesario un servicio social obligatorio para las residencias?. ¿Cuál es la relación entre APS, formación de residentes y delegación progresiva?. ¿Cómo son las condiciones laborales y de bienestar de los residentes en Colombia?.

Estas preguntas y muchas mas son necesarias para realizar una propuesta reglamentaria para las residencias médicas. Estas normas deben reflejar la solución a las brechas existentes, una mejorar a la calidad de formación en las especialidades y un modelo de formación que sea más digno y acorde a las necesidades de nuestro país.

Este documento pretende estudiar el contexto mundial, latinoamericano y nacional, con el fin de identificar tendencias legales, culturales y académicas que faciliten realizar una propuesta acorde a las necesidades del siglo XXI y de las necesidades del sistema de seguridad social en salud.

3. Sistemas de especialidades médicas en el Mundo y Latinoamérica.

En general, en Europa hasta hace poco, para formar un especialista, el estudiante o residente se asignaba a un tutor especial por el tiempo requerido por la comunidad académica o por el tiempo requerido para adquirir las competencias para egresar al mundo laboral. Luego con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) se logró en cierto sentido homologar programas académicos de las especialidades médicas y definir los criterios de prácticas hospitalarias y de titulaciones para facilitar la movilidad laboral de los médicos en el espacio Europeo. Por otra parte, la formación en Estados Unidos y Canadá ha sido más formal y estructurada en toda la historia. Esta formación está articulada a programas académicos y a evaluaciones al egresar (certificación) y luego a intervalos periódicos; es decir, cada cierto período de tiempo, después que el profesional ingresa a la vida laboral (recertificación).

Este aparte mostrará un resumen de algunas categorías pertinentes dentro del marco de la regulación que se desea establecer. Por lo anterior se analizarán las siguientes categorías: Unidades, instituciones o dependencias encargadas de estructurar y titular a las especialidades médicas, entidades que regulan las condiciones de calidad de las residencias, aspectos relacionados con la vinculación de los estudiantes a los programas y condiciones de bienestar de los estudiantes en los programas.

3.1. Unidades, instituciones o dependencias encargadas de estructurar y titular a las especialidades médicas

En la mayoría de países las Instituciones encargadas de estructurar y controlar el programa académico son las Universidades. En consecuencia, las titulaciones son

emitidas por esta. No obstante, en algunos países, los títulos necesitan ser refrendados por el alto gobierno. Aún existen países donde los programas son ofrecidos por los hospitales o por sociedades científicas en alianza con hospitales, pero en todos los casos, dichas titulaciones deben ser refrendadas y registradas en el ministerio de salud o similares.

La normativa necesaria para delegar el encargo de estas funciones puede ser emitida por el ministerio de educación o por los ministerios de salud o por ambas. En algunos países las funciones rectoras están compartidas entre el ministerio de salud y las universidades.

Así por ejemplo, en Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Honduras, México, Paraguay, Perú, Republica Dominicana, Uruguay y en Salvador están reguladas por el Ministerio de Salud. Mientras que en Colombia, la principal regulación está por el Ministerio de educación y hay regulación complementaria por el Ministerio de salud y de protección social.

Los países en los cuáles los sistemas están regulados por los Ministerios de Salud, las funciones se incorporan a la dependencia de desarrollo de recursos humanos.

Hay casos especiales en latinoamerica que vale mencionar en este documento: Argentina presenta algunas particularidades. El caso de Argentina presenta algunas particularidades. La Ley de Educación Superior (N° 24521) no contempla a las residencias como programas de formación de posgrado. Solo el 6% de las residencias del país son universitarias. No todas otorgan título de especialista y existen programa de formación de especialistas universitarios asociados a una residencia. La Comisión Nacional de Acreditación Universitaria (CONEAU) privilegia la asociación con una residencia para la acreditación de la carrera de especialista; por ejemplo, la especialización de anestesiología es ofrecida como residencia por la asociación científica de anestesiología y realiza vínculos para ser considera como especialización a través de una universidad. Por eso se dice que en Argentina algunas residencias poseen “aval” universitario, con acuerdos diversos para la elaboración y gestión del examen de ingreso, evaluaciones de proceso no sistemáticas, aprobación del programa de formación, instructores universitarios y desarrollo de cursos de formación de formadores.

A pesar de esta excepción, hay una tendencia mundial a que las normas relacionadas con las residencias médicas sean emanadas de los ministerios de salud.

La titulación, en general es emitida por las Universidades. En algunos países todavía existen programas ofrecidos por los hospitales, situación donde los títulos deben ser refrendados por el estado o por las universidades mediante convenios interinstitucionales.

3.2. Entidades que regulan las condiciones de calidad de las residencias

En general las condiciones básicas de calidad son reguladas por los mismos entes rectores; es decir, los ministerios de salud y educación. Siempre lo hacen a través de una dependencia u organismo adscrito a dicho ministerio. Por otra parte, la aplicación de estos estándares están a cargo de las universidades o de estas con los hospitales que son centros de práctica. Por ejemplo, en Argentina se hace a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), en Bolivia por Comité Nacional de Integración Docente-Asistencial e Investigación (CNIDAI), en Brasil por la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CNRM), en Chile por la Comisión Nacional Docente Asistencial (CNDA) regional y local, en Costa Rica por el Consejo Nacional de Rectores, en Cuba por la Dirección Nacional de Posgrados, En Honduras por la Universidad Nacional Autónoma, en Paraguay por la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM), en Uruguay por la Facultad de Medicina Universidad de la República, en Colombia por la CONACES (Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad en Educación Superior).

En España existen órganos asesores de los Ministerios de Sanidad y Política Social y del Ministerio de Educación cuyas funciones son: elaborar los programas formativos de la especialidad; definir los criterios de evaluación de los especialistas en formación; elaborar propuesta sobre los criterios de evaluación de las unidades docentes; elaborar informes de los programas y criterios relativos a la formación continua de los profesionales, y diseñar planes integrales en el ámbito de su especialidad.

Por otra parte, hay como en Colombia, hay diversos grados de autonomía para que las universidades apliquen dichas condiciones, desde los sistemas muy rígidos con ninguna autonomía como en Cuba hasta los muy flexibles en principio a la autonomía de las instituciones de educación como en Colombia. En cierta forma, las fuerzas regulatorias de la educación de especialistas se rige por los modelos identificados por Burton Clark. Estas fuerzas son: el estado, la academia y el mercado. Por ejemplo, en Cuba, la fuerza única es el estado, en USA la fuerza predominante es el mercado y en Colombia se puede inferir que es un sistema mixto donde las tres fuerzas interactúan entre sí.

El estudio de Residencias Médicas en América Latina publicado por la OPS en el 2011, no encuentran vinculaciones ni alianzas fuertes entre los ministerios de salud y educación con el ánimo de mejorar la calidad de las residencias médicas. En la mayoría de países, el esfuerzo se realiza a través del ministerio de salud. Un caso especial es el de Costa Rica: En Costa Rica existe un convenio entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social - que ofrece las plazas donde los residentes realizan el aprendizaje— y el Ministerio de Educación, a través de la Universidad de Costa Rica, que es la encargada de la parte académica y responsable del proceso educativo bajo la tutoría de los profesores universitarios. Otro caso meritorio de mencionar son las alianzas establecidas entre los Ministerios de Educación y Salud en Brasil y en Colombia que tiene como objetivo mejorar las condiciones de calidad en un marco de mutua cooperación.

A pesar de esto, las universidades, las sociedades científicas y los colegios médicos tienen alto grado de participación en los debates y en las decisiones, así como en la integración de comisiones que regulan estos programas. Esta situación genera tensiones frente a los sistemas y mecanismos de titulación, frente a la definición y evaluación de los programas, frente al acompañamiento docente y frente a la acreditación de los programas. Estos asuntos son reclamados en forma constante por los hospitales dado que ellos aluden que son los responsables de la formación de residencias médicas.

En general, las titulaciones son realizadas por las universidades, la certificación de los programas son dadas por el Ministerio Salud o por los colegios médicos de la especialidad o por por la academia nacional de medicina, en otros.

En particular, los perfiles profesionales son decididos en algunos países por el ministerio de salud, y en otros por el ministerio de educación en alianza con las universidades.

En resumen, las universidades de América Latina dependen legalmente de los ministerios de educación pero como los programas de residencias médicas se desarrollan en los servicios de salud, estos están más regulados por los ministerios de salud. Esta situación es la responsable de todas las tensiones en el sistema de formación de residencias médicas (5,10,11,12).

3.3. Aspectos relacionados con la vinculación de los estudiantes a los programas.

En este ítem se describirán los siguientes aspectos: son o no son empleados, que salario o beca reciben, que protección en servicios médicos y salud ocupacional tienen, quién responde por los procesos de responsabilidad médica.

3.3.1. ¿Es el residente un estudiante o un empleado? ¿trabajan o no trabajan?

Para muchos, el residente debe ser un estudiante y no un empleado porque el propósito fundamental del sistemas de residencias médicas es formar recurso humano cualificado e integral y no se reduce al entrenamiento de fuerza laboral para el sistema. No obstante, por la exigencia de que los estudiantes deben ser de dedicación exclusiva al programa; es decir, no pueden trabajar mientras estudian porque sus funciones y sus responsabilidades no se los permiten, se gestionan becas otorgadas por los hospitales o sueldos, los cuales se justifican por los turnos asistenciales que realizan en los hospitales; es decir, porque en cierta forma alivian la carga laboral de estos centros en los cuales prestan servicios de salud de diferente

índole. Se puede inferir, que tanto los hospitales como los sistemas de salud se benefician de las prácticas de los residentes, que son médicos graduados, con mayor intensidad con los estudiantes de los últimos años de residencia que de los que recién inician.

En términos generales los consideran estudiantes pero se les exige que tengan actividades laborales (turnos, procedimientos médicos, cumplimiento de horario, dependencia de profesionales de mayor posición administrativa, entre otros) y se les remunera a través de becas y en algunos países con salarios definidos por el hospital para tal fin. En general se considera que la situación de los residentes responde al mismo conjunto de normas de salud ocupacional que aseguran que en todos los lugares de trabajo se cumplan los requisitos de protección de la salud y seguridad mediante un nivel adecuado de aplicación.

Los residentes han reclamado, que a pesar de ser estudiantes se deben reconocer una remuneración por lo siguiente: existe un continuo y progresivo aumento de las responsabilidades, existe un exceso de delegación de actividades asistenciales, las jornadas exigidas de actividades a la semana son incluso más largas que las de las jornadas laborales de un trabajador normal, ellos deben menguar el lucro cesante derivado de la dedicación exclusiva a la formación, ellos contribuyen a los ingresos y la facturación de los hospitales, y los hospitales tienen estos programas con el único fin de disminuir los costos con mano de obra con unas características muy especiales: mucho compromiso con la organización, mucho interés por aprender y bajo costo salarial.

Por otra parte, hay consideraciones de seguridad laboral que cumplen los residentes: los residentes están sujetos a los mismos riesgos en la prestación de servicios que los empleados hospitalarios dedicados a la prestación de servicios y están sujetos a los mismos factores de estrés que un funcionario hospitalario; por lo anterior, deben ser regulados por las mismas normas técnicas para tales riesgos.

Por lo anterior, en muchos países hay regulaciones laborales para los residentes. Esta reglamentación ordena fundamentalmente la relación laboral, los derechos y obligaciones, las funciones, las actividades, la jornada laboral, el régimen

disciplinario, entre otros. En resumen, establecen siempre el carácter especial de la residencia para la formación de los futuros especialistas.

En común, en Latinoamérica todos los países cuentan con algún ordenamiento jurídico e instrumento que regula el funcionamiento de las residencias, ya sea una ley, resolución ministerial o reglamento específico. En la mitad de los países el reglamento es ley o resolución del Ministerio de Salud con alcance nacional.

Este ordenamiento común está relacionado con el financiamiento y cobertura de condiciones laborales por parte del Ministerio de Salud y se vincula con los mecanismos jurídicos de las leyes estatales de contrato de trabajo.

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

A continuación se describirán en forma resumida algunos ejemplos.

En *España* con respecto a las prácticas de los estudiantes se tienen las siguientes características:

1. Los residentes desarrollan en forma programada y supervisada las actividades previstas en el programa diseñado para tal fin, en forma progresiva, según nivel de formación y las responsabilidades propias de su área de formación. Dichas actividades son evaluadas anualmente.
2. Durante la residencia se establece una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. Esta relación laboral de carácter especial genera entre otros los siguientes beneficios a los residentes: - No podrá establecerse período de prueba. - Contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad en que preste servicios. - La jornada ordinaria de trabajo no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio se establezca otro cómputo. - Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas. - El sueldo, cuya cuantía será equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al

personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación. - Dos pagas extraordinarias que se devengarán semestralmente, en los meses de junio y diciembre, abonándose junto al salario correspondiente a dichos meses. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y del complemento de grado de formación.

En *Argentina* la Residencia de Salud es un sistema de formación bajo la modalidad de formación en el trabajo. Así las cosas, las principales características del sistema de residencias en salud son las siguientes:

1. Las residencias de Salud exigen un régimen de actividad a tiempo completo, el que no puede ser inferior a cuarenta y ocho (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes.
2. Los residentes gozan de los siguientes derechos: a) Los residentes reciben, como parte de la formación, un emolumento mensual, sujeto a las normas de liquidación y actualización vigentes, de conformidad con el contrato que a ese respecto se suscriba con el Ministerio de Salud. b) Al residente le es aplicable la normativa jurisdiccional en cuanto al régimen disciplinario, de licencias y franquicias, ello en estricta relación al lugar en que éste realiza su beca formativa. c) El Establecimiento debe garantizar una habitación para el residente de guardia en ámbito del mismo. d) La Jurisdicción donde realiza su formación, o en su defecto, el nosocomio o servicio, debe proveer al residente de equipos completos de ropa de labor en cantidad adecuada. e) Los residentes quedan incorporados a la obra social de los trabajadores del Estado Nacional de acuerdo al régimen vigente. Adicionalmente, perciben los beneficios correspondientes a las asignaciones familiares, de conformidad a la normativa vigente en la materia.

El sistema nacional de residencias médicas en el *Perú* se caracteriza por:

1. El médico residente tiene los siguientes derechos: a) Participar en todas las actividades del plan de estudios de su especialidad, con el fin de cumplir con los estándares mínimos de formación, con la supervisión del comité hospitalario, del Servicio de Salud y los docentes de la universidad responsables del proceso tutorial. b) Recibir al inicio del año lectivo el plan curricular de la especialidad y las normas académicas y asistenciales de la universidad y de la sede docente respectivas. c) Percibir la remuneración correspondiente. d) Recibir de la entidad prestadora de salud los beneficios de alojamiento, vestuario y alimentación, necesarios e indispensables para el cumplimiento de sus actividades y, de acuerdo a las normas de bioseguridad. e) gozar anualmente de un mes de vacaciones, programadas con la debida anticipación y según las necesidades de la docencia en servicio; las mismas que serán efectivas dentro del período del residentado médico. f) Percibir los beneficios legales que la ley acuerda a los empleados públicos o privados y que les sean aplicables. g) Recibir el título de especialista, otorgado por la universidad. h) No ser cambiado de colocación, ni asignado a otras funciones diferentes a las de su programa y que interfieran con su formación de médico residente, salvo en los casos de emergencia o desastre nacional.
2. Se otorga licencia por enfermedad y maternidad de acuerdo a la ley y según las obligaciones académicas que se deben cumplir en tiempo adicional, de acuerdo a la duración de la licencia. El período de recuperación académica a que hubiere lugar no está sujeto a remuneración. Las licencias por motivos personales se otorgan hasta por 30 días como máximo, a cuenta de las vacaciones correspondientes por cada año lectivo, en tanto no se interfiera con los objetivos de formación. Los médicos residentes que por enfermedad debidamente comprobada y que les impidiese por 3 meses consecutivos cumplir con el desarrollo del Residentado Médico, puede reiniciar sus actividades en el mismo año de estudios, previa autorización de la Escuela, Sección o Unidad de Postgrado, en coordinación con la Entidad Prestadora de Salud.

En México Los derechos y obligaciones de los médicos residentes, son:

1. Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia.
2. Ejercer su Residencia hasta concluir su especialidad.
3. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la unidad médica receptora de residentes.
4. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste.
5. Cumplir las disposiciones internas de la unidad médica receptora de residentes.
6. Asistir a las conferencias de teoría sesiones clínicas, anatómicas, clínicas, clínico radiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización.
6. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la unidad correspondiente. Dentro del tiempo que el médico residente debe permanecer en la unidad médica receptora de residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los períodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos. La relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del período de duración de la residencia necesaria para obtener el certificado de especialización correspondiente (23).

En resumen, los argumentos y las condiciones de prácticas hacen pensar que son estudiantes, pero a la vez tienen muchos principios consagrados en las relaciones laborales. Así las cosas, son un caso especial; es decir, en términos prácticos se

pueden considerar “estudiantes especiales”. Los mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de residentes en América latina se muestran en la tabla 1.

Mecanismos jurídicos de protección	Cobertura de seguridad social y beneficios	Modalidad de contratación	Países
Como funcionarios públicos con los derechos legales correspondientes (salario, licencias, subsidios por enfermedad)	Se les incorpora a la obra social de los trabajadores del estado nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo, y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la seguridad social (jubilaciones).	Contrato temporal como funcionario médico o becario en formación.	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Honduras, Perú, República Dominicana, Uruguay.
Como estudiantes se garantiza la disponibilidad gratuita de alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección.	Como estudiantes deben contratar cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales. No tienen cobertura de pensión por su condición de estudiantes.	Estudiante	Colombia
No existe en Un mecanismo específico de protección.	Solo un periodo anual de vacaciones	Becario	Bolivia, Paraguay.

Tabla 1. Mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de residentes en América latina. Tomado sin modificaciones de: Residencias Médicas en América Latina .Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Américas No 5. OPS. Washington, D.C.: OPS, © 2011

Con respecto a los **salarios**, hay diferentes remuneraciones en el contexto mundial y latinoamericano. En algunos países como España, Canadá y Estados Unidos los reconocimientos salariales son de tal magnitud que permite que los estudiantes tengan condiciones adecuadas de desarrollo humano mientras desarrollan sus estudios. Estos recursos financieros tienen diferentes orígenes: fondos del estado, hospitales y en algunos casos las universidades.

En promedio, un residente recibe en dólares mensuales las siguientes cifras en algunos países enumerados a continuación: Argentina 880 USD, Brasil 1200 USD, Bolivia 212 USD, Chile 2000 USD, Costa Rica 1800 USD, El Salvador 960 USD, Uruguay 878 USD (4,13)

Con respecto a la *delegación de responsabilidades*, lo común es encontrar una asunción progresiva de responsabilidades con un nivel decreciente de supervisión. Por ejemplo, el Decreto Real 138 del 2008 en España establece que la supervisión del residente del primer año será de presencia física y debe ser realizado por los profesionales de los hospitales. En este nivel, el especialista supervisor debe visar o firmar todas las decisiones realizadas por el residente. Después del segundo año todos estos criterios deben ser progresivos (11).

Con respecto a las *Jornadas Laborales* hay otras legislaciones que establecen además de sueldo, regulaciones con respecto a las horas laborales. En el estudio residencias médicas en América Latina realizado por la OPS (2011) todos los países participantes en la investigación reportan una carga laboral que oscila entre 44-48 horas semanales.

Hay muchos ejemplos de reglamentación con respecto a las horas de trabajo semanal de los residentes. Por ejemplo, en el sistema municipal de residencias médicas de Buenos Aires (Argentina), mediante ordenanza estableció en el año 1985 como máximo una jornada laboral de 69 horas de trabajo a la semana. Esta cifra incluye una guardia semanal de 24 horas. Es decir, trabajan 45 horas en horario diurno más una guardia semanal de 24 horas. Esta ordenanza también dio directrices con respecto al sueldo, el cual debe ser igual a 1,25 veces de los médicos asistenciales para el primer año de residencia por 24 horas semanales de trabajo, es decir se les paga el turno (14).

En Estados Unidos se registran cargas entre 48-96 horas semanales, con 36 horas continuas de trabajo. En Nueva Zelanda, entre 45-70 horas de trabajo semanales.

La regulación en México propone como máximo 3 guardias o turnos a la semana, con intervalos de por lo menos dos días y en forma alternada los sábados, domingos y días no hábiles. Se pueden realizar 24 horas seguidas los sábados o domingos (15). Estos datos son maliciosos, no por los investigadores sino por la veracidad de las fuentes, porque otras evidencias muestran es una sobrecarga laboral de los estudiantes de postgrados (5,6,7,8), incluso las reglamentaciones están por encima de

estas cifras. La realidad actual muestra que la mayoría de los estudios realizados en los distintos profesionales de la salud se registran cargas horarias que exceden las 48 horas semanales, las cuales exceden las normas laborales que rigen la comunidad europea, y normas como las exigidas para trabajos de alto riesgo como los pilotos y transportistas terrestres. Las **excesivas cargas laborales** en las especialidades médicas trae 3 consecuencias: aumento de los eventos adversos en la prestación de servicios médicos por parte de los residentes, deterioro en el aprendizaje y aumento de la prevalencia del Síndrome de Bernout en los médicos residentes.

Estudios han demostrado que la jornada laboral es un factor relacionado con la aparición de eventos adversos (5,6,7,8). Con 50 horas semana de actividades, máximo 10 horas consecutivas laboradas o trabajadas día, no realizar extensión de turno del día a la noche, disponer de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo y tener 2 días de trabajo a la semana se considera un hábito de bajo riesgo para eventos adversos. Pero se convierte significativo cuando se trabaja entre 50-70 horas de trabajo, se trabaja 14 horas de trabajo consecutivos por día, se realizan 1 o 2 turnos semanales, se tiene extensión de turno a la noche, se tiene menos de 10 de descanso entre turnos y solo 1 día libre a la semana (15).

Otros estudios han demostrado que las personas con falta de sueño, como le sucede normalmente a los residentes, deterioran su aprendizaje. El sueño influye en como adquirir destrezas nuevas, como recordar información y como ser creativos. En el sueño hay dos estados, el REM o de ondas rápidas y el de ondas lentas. el REM que se diferencia del estado de vigilia que todos los músculos están paralizados salvo los oculares que se mueven rápidamente. Es en el estado REM donde soñamos más. En el sueño de ondas lentas, los músculos no están paralizados y es donde ocurre por ejemplo, el sonambulismo. En sueño REM se aprende, por ejemplo, en un experimento se repite el nombre de la persona durante fase REM y se activa el área del cerebro de la audición como si estuviera despierto, estando dormido. Por otra parte, la capacidad de aprender varia de acuerdo a las horas del día. La privación de sueño altera el aprendizaje. Cuando Hay privación de sueño la noche siguiente a la sesión de entrenamiento de una tarea, al día siguiente su rendimiento en la tarea disminuye radicalmente. Por ejemplo en el año 1960, se demostró en algunas

investigaciones que 36 horas de vigilia, los auxiliares de artillería comenzaban a tomar decisiones equivocadas, y podrían incluso bombardear hasta sus propias tropas.

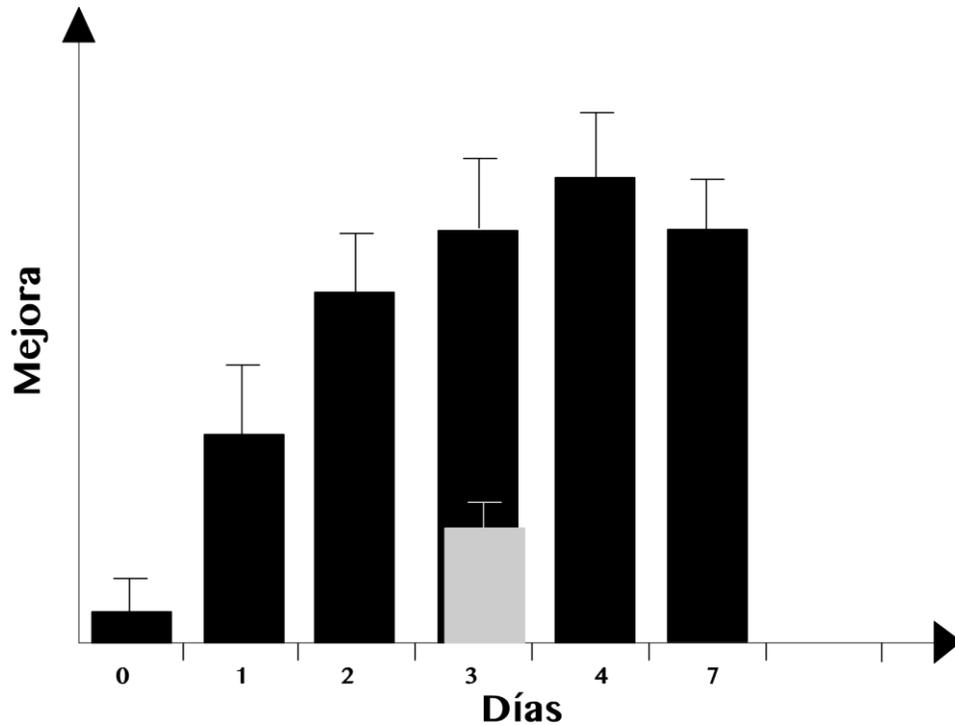


Figura 3. Privación de sueño y aprendizaje. El gráfico muestra la mejora gradual en una tarea a lo largo de unos días con el sueño normal (barras negras). La segunda noche se privó de sueño a los participantes, y al día siguiente el nivel de ejecución de la tarea bajaba espectacularmente (barra gris). Fuente: adaptado de figura 2 de STICKGOLD et al. *Nature neuroscience* 2000; 3(12): 1237-1238.

La falta de sueño hace que las personas tienden a repetir la misma decisión para diferentes tareas en vez de plantear ideas nuevas y se tiene dificultades para comprender las repercusiones de una situación que se había cambiado o se había actualizado. En conclusión, el sueño facilita la comprensión de una tarea recién adquirida, más si el tiempo de sueño es de ocho horas (3).

Finalmente, el síndrome de Burnout es más frecuente en residentes médicos. Un estudio midió el síndrome de desgaste profesional o de Burnout en residentes con

jornadas laborales prolongadas. El grupo de estudio tuvo jornadas de 100.5 +/- 97.2 horas mientras que el grupo control tuvo jornadas de 64.4. +/- 9.3. En los médicos residentes con jornadas prolongadas se encontró una frecuencia de síndrome de desgaste profesional del 63.8% ($p=0.002$) (9).

Finalmente, con respecto a la protección en los procesos de responsabilidad médica se puede resumir lo siguiente: en la mayoría de países donde el problema de reclamación de la población en temas de responsabilidad médica es alta, los costos están asumidas a través de pólizas institucionales, es decir por el hospital. En otros países no existe tales coberturas, y en otros como en Colombia existe e cubrimiento por parte de la IES y por parte del estudiante.

3.4. Condiciones de bienestar de los estudiantes en los programas

En el estudio de residencias médicas en América Latina realizado por la OPS (2011) fueron diferentes y con diferentes grados de desarrollo. Fueron evaluadas entre los países participantes en un rango entre adecuadas y limitadas. En términos generales se mencionan recursos propios para un trabajador de la salud que presta servicios de salud en un horario probable de 24 horas y condiciones para el desarrollo académico de ellos (medios educativos en los centros de práctica). Por ejemplo, en Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Costa Rica y Colombia existen condiciones de bienestar similares a las establecidas para los profesionales graduados de las ciencias de la salud; en Bolivia, Honduras, Uruguay y México varía de acuerdo al establecimiento donde se desarrolla la práctica y en el Paraguay y El Salvador se describen como condiciones deplorables.

4. Análisis de los procesos de formación, de los aspectos laborales y de los sistemas de financiamiento de las residencias médicas en Colombia desde el marco legal.

Este ítem realizará énfasis en los aspectos que tienen que ver con la reglamentación pertinente, relacionada y existente para las residencias médicas con el fin de consolidar todas estas propuestas y de buscar deficiencias y oportunidades de mejora para la educación médica de especialistas en Colombia.

En Colombia existe una reglamentación diversa para los asuntos relacionados con las residencias médicas. Estas normas son:

1. Resolución 1043 del 3 de abril de **2006**. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
2. Ley 1164 de octubre 3 de **2007**. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
3. Resolución 00001058 de marzo 23 de **2010** del Ministerio de Salud y protección Social por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.
4. Decreto 1295 del 20 de abril de **2010** del Ministerio de Educación por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. Ministerio de Educación.
5. Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de **2010** del Ministerio de Salud y protección Social. Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud
6. Ley 1438 de enero 19 de **2011**. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

7. Ley 1562 del 11 de julio del **2012**, por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

4.1. Análisis de la reglamentación existente

Norma:	Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1)
Asunto que regula:	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Artículo relacionado con los residencias médicas: Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Regulaciones existentes frente a la delegación de funciones de los residentes en Colombia.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: La norma no está actualizada o acorde a las reglamentaciones más recientes. En las resoluciones futuras se debe incluir la supervisión de los aspectos más relevantes con las prácticas hospitalarias.
Artículo relacionado con los residencias médicas: Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Regulaciones existentes frente a la delegación de funciones de los residentes en Colombia.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: La norma no está actualizada o acorde a las reglamentaciones más recientes. En las resoluciones futuras se debe incluir la supervisión de los aspectos más relevantes con las prácticas hospitalarias.

Norma:	LEY 1164 de octubre 3 de 2007
Asunto que regula:	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 5o. DE LA INTEGRACIÓN. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud estará integrado por los siguientes miembros: a) Ministro de Educación o el Viceministro delegado; b) Ministro de la Protección Social o el Viceministro delegado quien lo presidirá; c) Dos representantes de las asociaciones de las facultades de los programas del área de la salud, uno del sector público y otro del sector privado; d) Un (1) representante de los egresados de las instituciones educativas con programas de educación no formal	

<p>en el área de salud;</p> <p>e) Un (1) representante de los egresados de los programas de educación superior del área de la salud;</p> <p>f) Un (1) representante de las asociaciones de las ocupaciones del área de la salud;</p> <p>g) Un (1) representante de las asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud;</p> <p>h) Un representante de las asociaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS);</p> <p>i) Un representante de las asociaciones de las entidades aseguradoras (EPS/ARS) o quien haga sus veces.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia:</p> <p>Representatividad de los estudiantes, IPS, programas de postgrados, EPS ante e gobierno nacional.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas:</p> <p>No se ha reglamentado la participación de los diferentes actores.</p>
	<p>Análisis y comentarios:</p> <p>En la reglamentación de las residencias médicas se debe incluir la posibilidad o más bien las condiciones de participación de los estudiantes y programas en dicho consejo.</p>
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 7o. DE LOS COMITÉS DE TALENTO HUMANO EN SALUD. El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud. - Un comité de Auxiliares en salud. - Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional. - Un comité de las culturas médicas tradicionales. - Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias. - Un comité de Ética y Bioética. <p>Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia:</p> <p>Participación de programas o áreas del conocimiento para mejoría de calidad de los programas y del sistema de residencias médicas.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas:</p> <p>No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios:</p> <p>Cada programa de especialización en ciencias clínicas deben considerarse, por su alta pertinencia con el sistema, como un comité con funciones. Esto se debe reglamentar.</p>
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 12. DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL ÁREA DE LA SALUD. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina, realizará el análisis de la pertinencia de los programas correspondientes a los diferentes niveles de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población. Los resultados de este análisis serán recomendaciones previas para que el Gobierno Nacional expida la reglamentación correspondiente en los diferentes niveles de formación de acuerdo con la Ley 30 de 1992 y la Ley 115 de 1994 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>Para efectos de la formación del Talento Humano de que trata la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones sobre pertinencia y competencias.</p> <p>Pertinencia: Es la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsible en el futuro.</p> <p>Competencia: Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia:</p> <p>Participación de programas o áreas del conocimiento para mejoría de calidad de los programas y del sistema de residencias médicas.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas:</p> <p>No las hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios:</p> <p>Cada programa de especialización en ciencias clínicas deben considerarse, por su alta pertinencia con el</p>

	sistema, como un comité con funciones. Esto se debe reglamentar.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 14. DE LA CALIDAD PARA LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA. Los criterios de calidad, desarrollados en el Modelo de evaluación de las prácticas formativas incluidos para estos efectos los hospitales universitarios, se integrarán a las normas, procesos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Educación sobre los criterios de calidad para el registro calificado de los programas de formación en el área de la salud.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas Hospitalarias
	Reglamentaciones derivadas: Existe un decreto reglamentario que se analiza más adelante.
	Análisis y comentarios: Esta ley le da fuerza a la reglamentación de la relación docencia servicio que está estructurada para mejorar la calidad de la formación y las condiciones de docentes y profesores.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de: 1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios. 2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social. 3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales. 4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran. 5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud debe estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Participación de las especializaciones en los contenidos curriculares y responsabilidad médica.
	Reglamentaciones derivadas: No hay específicas.
	Análisis y comentarios: Con respecto a la responsabilidad médica esta ley dice: Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Esto tiene implicaciones en las pólizas de responsabilidad colectiva. La medicina vista así es de medios y no de resultados.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 30. DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS E INCENTIVOS. El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a: a) Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico-poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan; b) Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias; c) Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias; d) Generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Pertinencia en la formación y en la apertura de programas.
	Reglamentaciones derivadas:

	Aún no hay.
	<p>Análisis y comentarios:</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1o del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir becas financiadas con recursos de los entes territoriales y del Gobierno Nacional, suscribiendo convenios para prestar los servicios especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.</p> <p><Inciso adicionado por el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011> Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social.</p>
	<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 31. BECAS CRÉDITO. De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el parágrafo 1o del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca su reglamentación.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditados o el personal que laboró en las Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 2o. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca-crédito.</p>
	<p>Tema que relaciona la pertinencia:</p> <p>Financiación de las residencias médicas y pertinencia de cupos y programas académicos.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas:</p> <p>Se propone en este proyecto.</p>
	<p>Análisis y comentarios:</p> <p>Esta ley da directrices para reglamentación propuesta.</p>
	<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 33. DEL SERVICIO SOCIAL. Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los</p>

	<p>programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud.</p> <p>El servicio social debe prestarse, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año.</p> <p>El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación.</p> <p>PARÁGRAFO 2o. El Servicio Social creado mediante la presente ley, se prestará por única vez en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Único Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3o. La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales.</p> <p>PARÁGRAFO 4o. El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos, igualmente gozarán de descuentos en las matrículas de conformidad con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social.</p> <p>PARÁGRAFO 5o. El Servicio Social creado en la presente ley sustituye para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la Ley 50 de 1981. No obstante, mientras se reglamenta la presente ley continuarán vigentes las normas que rigen el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud.</p>
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Año social obligatorio para residencias médicas.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: Resolución 00001058 de marzo 23 2010</p>
	<p>Análisis y comentarios: Ver resolución.</p>
	<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 37. DE LOS DERECHOS DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente.</p> <p>Del derecho a la objeción de conciencia: El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar.</p> <p>De la protección laboral: Debe garantizarse en lo posible, al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios.</p> <p>No será causal de inhabilidad para el ejercicio laboral en administración pública la sanción que haya sido declarada extinta por cualquiera de las causales señaladas en la ley.</p> <p>Del derecho al buen nombre: No se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos, del equipo de trabajo para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso laboral, excepto cuando sea necesario y justo, por el bien de terceros. También se evitará todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.</p> <p>Del compromiso ético: El Talento Humano en Salud rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la ética profesional cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.</p> <p>Del ejercicio competente: El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.</p>
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Delegación progresiva de actividades de los estudiantes.</p>

	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: En el artículo 37, se expresa como derecho del talento humano en salud lo siguiente: "...El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad". Este artículo sirve de referente, además del decreto que regula la relación docencia-servicio, para establecer como norma el plan de delegación progresiva de funciones asistenciales para los estudiantes de posgrado o residentes. Así las cosas, un estudiante no se puede comprometer a realizar labores que excedan su capacidad, en consecuencia debe realizar sus funciones o actividades de acuerdo a su nivel de formación y al desarrollo de sus competencias clínicas.
	Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 38. DE LOS DEBERES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidas, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud. De la protección de los lazos afectivos del paciente: Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud. De la promoción de una cultura ética: Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud. De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos: Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o se tienen dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente. De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente. De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.
	Tema que relaciona la pertinencia: Formación integral de los especialistas.
	Reglamentaciones derivadas: No Hay.
	Análisis y comentarios: En este artículo dice: "De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente". Este artículo refuerza que en las prácticas hospitalarias se debe promover el desarrollo integral y se debe realizar actividades de educación continua.

Norma:	Resolución 00001058 de marzo 23 2010
Asunto que regula:	por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.
Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 5º. Cumplimiento del servicio social obligatorio. Los profesionales cumplirán el Servicio Social Obligatorio, en plazas aprobadas por la autoridad competente, a través de una de las siguientes opciones: a) Inmediatamente después de obtener el título de pregrado. b) En el transcurso de los programas de especialización en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología y Medicina Familiar, para lo cual el profesional debe realizar por lo menos un año de rotaciones en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con	

<p>dificultades de acceso a los servicios de salud especializados. Estas rotaciones se deben realizar en el marco de un convenio docencia servicio, suscrito de conformidad con las normas que regulan la materia. c) Después de finalizado uno de los programas de especialización mencionados en el literal b) de presente artículo, para lo cual el profesional deberá cumplir seis meses de servicio en su respectiva especialidad, en una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con dificultades de acceso a los servicios de salud especializados. Parágrafo 1º. El Comité de Servicio Social Obligatorio propondrá las condiciones y procedimientos para la selección y autorización de las IPS donde se podrá cumplir el Servicio Social Obligatorio en desarrollo de las opciones previstas en los literales b) y c) del presente artículo, en el transcurso de los dos meses siguientes a la aprobación de la presente resolución. Parágrafo 2º. Para los casos de las opciones previstas en los literales b) y c) del presente artículo, el profesional deberá comunicar su decisión a la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, adjuntando certificación expedida por la Institución de Educación Superior que le otorga el cupo para el programa de especialización.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Responsabilidad social de los programas de posgrado frente a la atención primaria en salud.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 6º. Modalidades. El servicio social obligatorio podrá ser prestado en las siguientes modalidades: a) Planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. b) Programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, como población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, centros de atención a personas mayores, entre otros. c) Programas de investigación en salud en Instituciones del sector, avalados por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias. d) Prestación de servicios profesionales o especializados de salud, en IPS habilitadas para este fin que presten servicios de salud a poblaciones deprimidas urbanas o rurales.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Responsabilidad social de los programas de posgrado frente a la atención primaria en salud.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 15. Vinculación y remuneración. Las plazas del Servicio Social Obligatorio se proveerán mediante la vinculación de los profesionales a la institución a través de nombramiento o contrato de trabajo, o, en su defecto, por medio de contrato de prestación de servicios, garantizando su afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral y una remuneración equivalente a la de cargos desempeñados por profesionales similares en la misma institución. Se deberán constituir pólizas para el aseguramiento de riesgos a que haya lugar. En cumplimiento de la Ley 1164 de 2007, en ningún caso los profesionales podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales. Para el caso de las zonas con poblaciones deprimidas urbanas y rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, las instituciones establecerán incentivos para los profesionales de la salud que ocupen dichas plazas, tales como, bonificaciones, primas, pago de transporte aéreo, marítimo, fluvial o terrestre, subvención del alojamiento y alimentación, entre otros.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Remuneración.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>

Norma:	Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación
Asunto que regula:	Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior.
Artículo relacionado con los residencias médicas: 5.4.- Organización de las actividades académicas.- La propuesta para la organización de las actividades académicas del programa (laboratorios, talleres, seminarios, etc.), que guarde coherencia con sus componentes y metodología, para alcanzar las metas de formación. Los programas del área de ciencias de la salud deben prever las prácticas formativas, supervisadas por profesores responsables de ellas y disponer de los escenarios apropiados para su realización, y estarán sujetos a lo dispuesto en este decreto, en concordancia con la Ley 1164 de 2007, el modelo de evaluación de la relación docencia servicio y demás normas vigentes sobre la materia.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Calidad de los programas.
	Reglamentaciones derivadas: Cartilla de condiciones de calidad del Ministerio de salud y de la protección social.
	Análisis y comentarios: No hay.
Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 23.- Especializaciones médicas y quirúrgicas.- Son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y adquirir los conocimientos, competencias y destrezas avanzadas para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada, lo cual se logra a través de un proceso de enseñanza- aprendizaje teórico que hace parte de los contenidos curriculares, y práctico con el cumplimiento del tiempo de servicio en los sitios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de las competencias buscadas por el programa. De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Calidad de los programas.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.

Norma:	DECRETO 2376 DE 2010 del JULIO 1 DE 2010.
Asunto que regula:	<i>Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud</i>
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTICULO 3.- PRINCIPIOS DE LA RELACIÓN DOCENCIA - SERVICIO. Literal a. a. Preeminencia del interés social: La formación del talento humano en salud que se da en el marco de la relación docencia - servicio, tiene un fin social que debe primar sobre otras consideraciones y servir de límite y orientación para el diseño, ejecución y evaluación de las prácticas formativas.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias.

	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 8.- PARTICIPANTES EN LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO. Pueden participar en la relación docencia - servicio para la formación en programas de educación del área de la salud: i) las instituciones de educación superior; ii) instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano; iii) las instituciones prestadoras de servicios de salud; iv) instituciones aseguradoras de servicios de salud; v) instituciones de servicios o investigación relacionadas con las áreas de formación en salud en las cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas; vi) instituciones u organizaciones que gestionen programas cuyas misiones sean acordes con las necesidades de formación de talento humano en salud.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 10.- CONVENIOS DOCENCIA - SERVICIO. La relación docencia - servicio tiene carácter institucional y no podrá darse sin que medie la formalización de un convenio marco que se ajuste a lo establecido en el presente decreto. Dicho convenio deberá contener como mínimo los siguientes ítems: a. Objeto del convenio. b. Vigencia del convenio. c. Deberes y responsabilidades de forma clara y precisa de las partes en las áreas académica, científica, de servicios, financiera y administrativa. d. Instancias, mecanismos y procesos de coordinación, control y solución de diferencias. e. Garantías para usuarios, estudiantes y docentes y responsabilidades de las partes intervinientes frente a las mismas. f. Causales de terminación de la relación docencia - servicio. g. Constitución de pólizas. h. Mecanismos de supervisión, así como los criterios y procedimientos de evaluación de las obligaciones adquiridas por las partes. i. Las formas de compensación o contraprestación que se deriven de la relación docencia - servicio, en caso de pactarse. j. El convenio marco deberá estar acompañado de un anexo técnico por programa académico que deberá establecer como mínimo, el plan de formación acordado entre las instituciones que conforman la relación docencia - servicio, el número de estudiantes y docentes por programa, los planes de delegación, horarios, turnos y rotaciones. Las obligaciones docentes y asistenciales del personal vinculado a las instituciones que participan en la relación docencia - servicio, deberán quedar establecidas en sus respectivos contratos de vinculación. El convenio establecerá las condiciones bajo las cuales el personal del escenario de práctica puede realizar actividades de docencia y aquellas en las cuales los docentes de la institución educativa pueden prestar servicios asistenciales. PARÁGRAFO 1.- Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, el documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia - servicio, deberá contemplar los ítems establecidos en el presente artículo. PARÁGRAFO 2.- Los convenios docencia - servicio deberán articularse con las normas y reglamentos internos y académicos del escenario de práctica y de las instituciones educativas participantes, estableciendo las condiciones y procedimientos para la aplicación de los mismos en los casos relacionados con la relación docencia - servicio. PARÁGRAFO 3.- Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado que requieran ser registradas en la historia clínica del paciente u otros registros, deberán ser consignadas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional. PARÁGRAFO 4.- Los convenios docencia servicio o prórrogas de los mismos que se suscriban con posterioridad a la entrada en vigencia del presente decreto, se registrarán en su totalidad por lo aquí dispuesto.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias.

	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTICULO 15.- GARANTÍAS DE SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y BIENESTAR DE LOS ESTUDIANTES. La relación docencia - servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes, para lo cual ofrecerá las siguientes garantías:</p> <p>a. Los estudiantes que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros o para su salud, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual Y de riesgos biológicos, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada una.</p> <p>b. Los estudiantes de postgrado serán afiliados a los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales por el tiempo que dure su entrenamiento. Para efectos de la afiliación y pago de aportes, se tendrá como ingreso base de cotización un salario mínimo legal. En todo caso, dicha afiliación no implicará un vínculo laboral, considerando que se da en el marco de una relación académica.</p> <p>c. Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana.</p> <p>d. Los estudiantes de programas académicos de formación en el área de la salud que requieran de residencia o entrenamiento que implique la prestación de servicios de salud por parte de ellos, tendrán derecho a alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección gratuitos, de acuerdo con las jornadas, turnos y servicios que cumplan en el marco de la práctica formativa.</p> <p>PARÁGRAFO 1.- Las garantías establecidas en el presente artículo serán responsabilidad de las instituciones que integran la relación docencia - servicio, quienes financiarán la totalidad de los gastos que impliquen las mismas. Los convenios docencia - servicio establecerán las responsabilidades de las partes en la suscripción, financiación, pago, trámite y seguimiento de dichas garantías.</p> <p>PARÁGRAFO 2.- El Ministerio de la Protección Social reglamentará las condiciones y términos de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales contemplada en el literal b. del presente artículo.</p>	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTICULO 16.- GARANTÍAS ACADÉMICAS A LOS ESTUDIANTES. Los estudiantes de programas de formación en salud tendrán las siguientes garantías a nivel académico:</p> <p>a. Las rotaciones en los escenarios de práctica de los estudiantes, deberán obedecer a un programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa.</p> <p>b. Participar en actividades asistenciales necesarias para su formación bajo estricta supervisión del personal docente y/o asistencial previsto en los convenios docencia - servicio.</p>	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 26.- PRIORIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE BECAS. En la asignación de becas crédito y demás incentivos financiados con recursos del presupuesto público para promover la formación de profesionales de la salud, se dará prioridad a los estudiantes que:</p> <p>a. Se matriculen en instituciones de educación superior acreditadas o,</p> <p>b. Se matriculen en instituciones de educación superior que cuenten con el respectivo programa acreditado o,</p> <p>c. Se matriculen en instituciones de educación superior que tengan suscritos convenios docencia - servicio con instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas.</p> <p>La asignación de estas becas se realizará prioritariamente para aquellos programas que se determinen según la</p>	

disponibilidad y distribución de especialistas en el país, por parte del Ministerio de la Protección Social.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias y remuneración
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: No hay.

Norma:	LEY 1438 De enero 19 de 2011
Asunto que regula:	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 98. DE LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios. Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación, superior y media y los empleadores.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Papel de las residencias médicas en APS.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: Las residencias podrían apoyar este programa para promover la APS en salud.
Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 99. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. Modificase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así: “Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud. Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.	
	Tema que relaciona la pertinencia: Calidad en la formación.
	Reglamentaciones derivadas: No hay.
	Análisis y comentarios: Con respecto a lo escrito en este artículo: “El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud”, el ministerio de protección social lo puede hacer a

	través del comité de profesión o especialidad que esta validado por la ley de talento humano en salud.
	<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 100. HOSPITALES UNIVERSITARIOS. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.</p> <p>El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:</p> <p>100.1 Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</p> <p>100.2 Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.</p> <p>100.3 Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, a prestación de los servicios asistenciales.</p> <p>100.4 Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.</p> <p>100.5 Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.</p> <p>100.6 Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.</p> <p>100.7 Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.</p> <p>Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley, tendrán prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del Talento Humano financiados con recursos estatales.</p> <p>PARÁGRAFO TRANSITORIO. A partir del 1º de enero del año 2016 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en este artículo.</p>
	Tema que relaciona la pertinencia: Prácticas hospitalarias- Calidad de la Formación.
	Reglamentaciones derivadas: Decreto relación docencia-servicio
	Análisis y comentarios: No hay.
	<p>Artículo relacionado con los residencias médicas:</p> <p>ARTÍCULO 101. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD. Modificase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.</p> <p>“Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.</p> <p>Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.</p> <p>Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1o del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos.</p> <p>Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir becas financiadas con recursos de los entes territoriales y del Gobierno</p>

<p>Nacional, suscribiendo convenios para prestar los servicios especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones.</p> <p>Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.</p> <p>Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Cupos de residentes, remuneración, calidad de la formación.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: Resolución de año social obligatorio, decreto de relación docencia servicio.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 102. MATRÍCULAS DE RESIDENTES. El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional establecerán las pautas para la supervisión coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Costos de formación.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>

Norma:	Ley 1562 del 11 de julio del 2012
Asunto que regula:	por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.
<p>Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 13. <i>Afiliados</i>. Son afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales: 4. Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución o cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley por parte de los Ministerios de Salud y Protección Social.</p>	
	<p>Tema que relaciona la pertinencia: Condiciones de bienestar.</p>
	<p>Reglamentaciones derivadas: No hay.</p>
	<p>Análisis y comentarios: No hay.</p>

5. Tendencias en la formación de especialistas médico quirúrgicos.

Como se escribe en la introducción de este documento, una tendencia es un patrón de comportamiento de los elementos de un entorno particular durante un periodo. Las tendencias son como una de las grandes ramas de un árbol. Las tendencias como ramas de árboles grandes son tres o cuatro y llevan años formándose y creciendo. Las tendencias en similitud, se forman en años y se van implantando en diferentes ámbitos como el económico, político, social o intelectual de la sociedad o de un sistema. Esas tendencias deben identificarse porque pueden ser favorables para los sistemas o incluso desfavorables. En este último caso, se deben contrarrestar porque pueden llevar a consecuencias no deseadas para la sociedad.

Así las cosas, las tendencias identificadas en la formación médica de especialistas médico quirúrgicos en Colombia son cinco:

1. **Mejoramiento de la formación a través de normas obligatorias y voluntarias de calidad tanto en el ciclo de formación como en el mundo laboral o ciclo pos-universidad.** En el sistema, cada vez habrá una presión mayor por el mejoramiento en la formación a través de condiciones de calidad obligatorias y voluntarias. Están establecidas las condiciones de calidad exigidas por el Ministerio de Educación, las cuales se aplican a través de la autoevaluación de los programas, la evaluación de pares académicos y el concepto que sintetiza la sala de salud de la CONACES (Comisión nacional de aseguramiento de la calidad en Educación Superior) para autorizar la apertura de un programa o para renovar el registro calificado. Está claro, que este sistema a presionado a los programas a realizar inversiones, revisar planes de estudio y establecer planes de mejora que en últimas favorecen las

condiciones de formación. Por otra parte, existen las normas para las prácticas hospitalarias establecidas por el Ministerio de Salud y de Protección Social; dichas normas también buscan la calidad en la formación médica y tienen el mismo modelo que las condiciones básicas de calidad académicas del Ministerio de Educación Nacional. Más recientemente, el Sistema Nacional de acreditación a través del CNA (Consejo Nacional de acreditación) propone la acreditación voluntaria de alta calidad para los programas de maestría y doctorado en el país, en ellos se incluyen las especializaciones médico quirúrgicas que por ley son homologables a maestrías. De igual manera, se estableció por norma, pero de carácter voluntario las condiciones para que los centros de práctica sean hospitales universitarios u hospitales de alta calidad, escenarios en los cuales se pueden generar unas condiciones especiales para una formación de calidad. Nada raro, que en una competencia sana y beneficiosa para el país, en el futuro los programas de posgrados clínicos tengan como propósito no solo la obtención del registro calificado, sino la acreditación de alta calidad del CNA y otras de carácter internacional. Otra propuesta actual es la regulación, por estándares de calidad de la educación médica continua y la propuesta de recertificación voluntaria que están proponiendo en alianza, varias sociedades científicas que agremian varias especialidades médico quirúrgicas. Así las cosas en el futuro muy cercano se tendrán estándares de calidad y certificaciones voluntarias u obligatorias para los programas, para los estudiantes cuando egresen (certificación), para instituciones que oferten educación continua para los especialistas, y para los egresados cada periodo de tiempo (recertificación). Estas certificaciones serán de carácter nacional o internacional.

- 2. Aumento de los costos y elitización de formación de las especializaciones médico quirúrgicas.** En otrora, la financiación de las residencias médicas se realizaba por un sistema de becas crédito en forma irregular, los precios de las matriculas eran más simbólicos que reales, la vivienda y alimentación eran proporcionados por los hospitales. Pero con los cambios en el sistema de salud, las exigencias en la implementación de las

condiciones de calidad exigidas por las normas, la falta de recursos para que las becas créditos si respondan a los costos reales de formación, la presión porque las instituciones de educación superior sean autofinanciables, la presión en la generación de recursos alternos por parte de los hospitales los cuales están cobrando un porcentaje de la matrícula para que los estudiantes realicen las prácticas, han hecho que los costos de formación vayan en aumento. Estos costos son trasladados a los estudiantes a través de las matrículas. Esta situación está generando que solo un grupo específico, privilegiado y con capacidad económica accedan a los programas de residencias. Esta situación hace que las residencias médicas tengan un lucro cesante alto (los estudiantes se les exige dedicación exclusiva), unas inversiones de capital altas y una presión por recuperar dicha inversión una vez egresen del programa. Por otra parte, el egresado no tiene ningún afecto ni compromiso por el sistema. Estas situaciones pueden, con el tiempo empeorar los costos del mismo sistema de salud y tener profesionales con mínimo compromiso con el sistema. Esta situación también ha presionado para que los egresados se dedican a la prestación de servicios que genere mayor retorno a la inversión; por eso y por ejemplo, un cardiólogo prefiere dedicarse a la ecocardiografía que a realizar consulta a pacientes hipertensos.

- 3. Las prácticas hospitalarias van a estar más supervisadas y las condiciones de ellas se orientaran para dar mayor seguridad al estudiante y al paciente.** En los tiempos actuales la sociedad exige mayores resultados, mayor calidad y mayor rendición de cuentas. Un reflejo de esto son los movimientos por la seguridad del paciente que están siendo liderados no solo por organismos internacionales (OMS) sino nacionales. En cierta forma, la sociedad exige mayores resultados y menores eventos adversos en la prestación de servicios. Hoy en día hay una tendencia a la reclamación legal por estos eventos; por ejemplo en el estudio IBEAS¹, estudio

¹ "IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud". Año 2010. Puede consultarse en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

iberoamericano, colaborativo e internacional muestra la gran frecuencia de eventos adversos en la prestación de servicios, lo que refuerza la necesidad de establecer intervenciones prontas y constantes en temas relacionados con la seguridad en salud. Factores como las largas jornadas laborales, la impericia médica, la imprudencia médica, las condiciones para la prestación de servicios, la falta de normas y protocolos en hospitales, la falta de trabajo en equipo y otras más; actúan en sinergia para la generación de eventos adversos en los pacientes. Así las cosas, los hospitales, las universidades, las agremiaciones y los estudiantes presionaran cada día más por mejorar estas condiciones que en últimas traerán beneficios a los profesionales en formación y a los pacientes.

- 4. Las tendencias mundiales en educación superior y los planes de desarrollo del gobierno nacional cada día presionaran más porque se formen verdades comunidades académicas con vocación en investigación.** En la actualidad que les reclama a las universidades que produzcan más conocimiento a través de la investigación y mayor innovación para contribuir al desarrollo del país y para que en forma prioritaria le den solución los problemas nacionales. Esta situación hace que cada día más se generen grupos de investigación e innovación en los programas de posgrados médicos y que en forma secundaria, se modifiquen los currículos, la función profesoral, las alianzas internacionales, las inversiones no solo para investigación clínica sino básica, la generación de programas mixtos los cuales puedan ofrecer varias rutas de formación a los estudiantes, la construcción de redes de investigación entre varias posgrados entre otros. En un futuro, esa comunidad académica tendrá profesores con vocación de servicio y otros con vocación académica (investigativa), tendrá grupos de investigación con publicaciones en revistas indexadas y de alta calidad. Podrá ofrecer programas de acuerdo a las necesidades y los gustos de los
-

profesionales. Estos programas podrán contribuir de esta forma a un desarrollo más armónico de su área de conocimiento. Esta tendencia actualmente está presionada por las normas vigentes: condiciones de calidad obligatorias para el registro calificado, condiciones voluntarias para acceder a la acreditación de alta calidad del CNA y para que un Hospital sea reconocido como “hospital universitario”.

5. **Los posgrados médico quirúrgicos tendrán que participar más en los programas de atención primaria en salud.** Los programas de posgrados en cuestión, se crearon para la prestación de servicios de alta complejidad; es decir, tenían como función la formación de talento humano para el ápice de la pirámide de atención. Pero, en la actualidad donde el envejecimiento de la población, el control de muchas enfermedades epidemiológicamente relevantes, el aumento desmesurado de las enfermedades “crónicas no transmisibles” o enfermedades relacionadas con los hábitos de vida, el gran aumento de costos que tienen las anteriores para los sistemas de salud; hacen que la formación en posgrados tengan un papel protagónico frente a la APS del sistema. En consecuencia, se debe incluir dentro de la formación y dentro de las prácticas hospitalarias alternativas de servicios que en un futuro serán atendidos por especialistas tales como: atención domiciliaria, telemedicina, telecuidado, educación a pacientes, modelos de cambios de comportamientos de pacientes, manejo de grupos de pacientes con enfermedades crónicas, etcétera. Para mayor comprensión de esta tendencia se sugiere consultar el documento: “The Third place: health care everywhere” que se puede consultar en: <http://www.ey.com/GL/en/Home>.

6. Propuesta de un modelo de Residencias Médicas para Colombia.

Las residencias médicas vistas como sistema tienen varios componentes o fuerzas activas o pasivas externas que presionan cambios en el sistema. Ver figura 4.

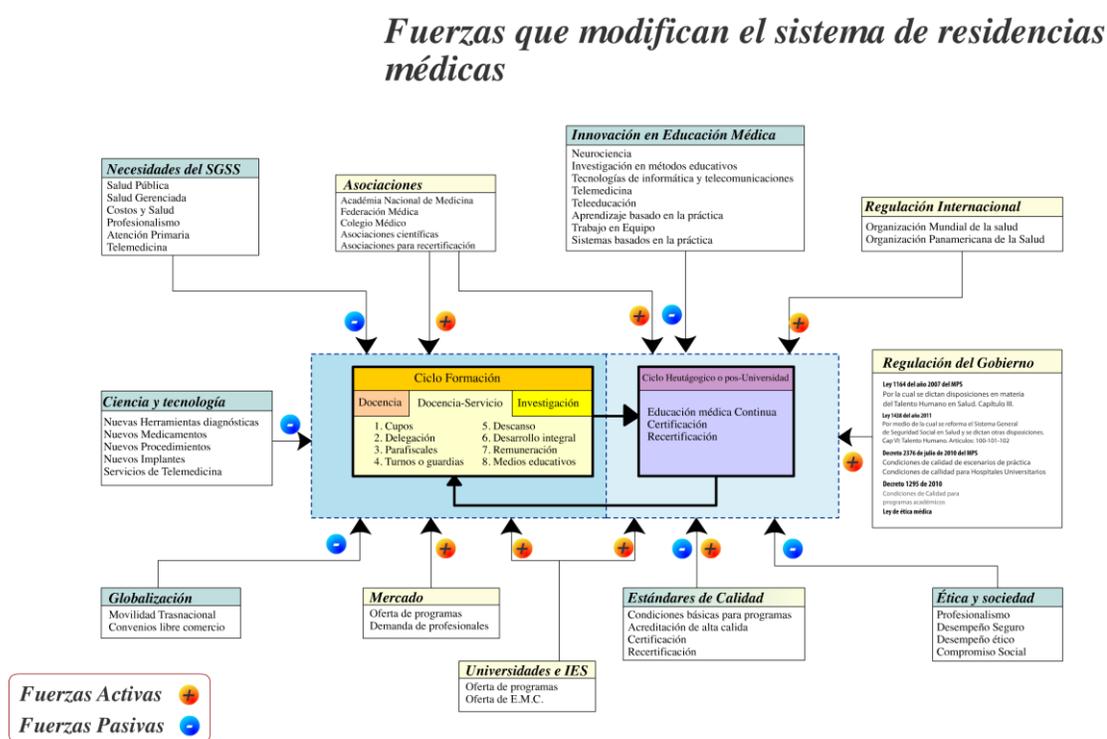


Figura 4. Fuerzas que modifican el sistema de residencias médicas.

En la figura, en el centro se representan los dos fases de formación de las residencias médicas con sus componentes más relevantes: el ciclo de formación y el ciclo heutágogico o pos-universidad. Estas dos fases están rodeadas por las diferentes fuerzas que pueden modificar en forma permanente el sistema ya sea en forma pasiva (representado por el signo menos encerrado en un círculo azul) o en forma activa (representado por el signo más encerrado en un círculo naranja). La imagen del centro muestra una flecha en ambas direcciones porque los estudiantes pueden

regresar para una segunda especialidad al ciclo de formación. Note la cantidad de actores del sistema, los cuales no se pueden obviar y se deben considerar en cualquier reglamentación de las residencias.

Ahora bien, tan importante es conocer las fuerzas que modifican el sistema como los mismos componentes y las interacciones del sistema. Así pues, en la figura 5 se representan los diferentes componentes del sistema de residencias médicas con sus respectivas interacciones. Ver figura 5.

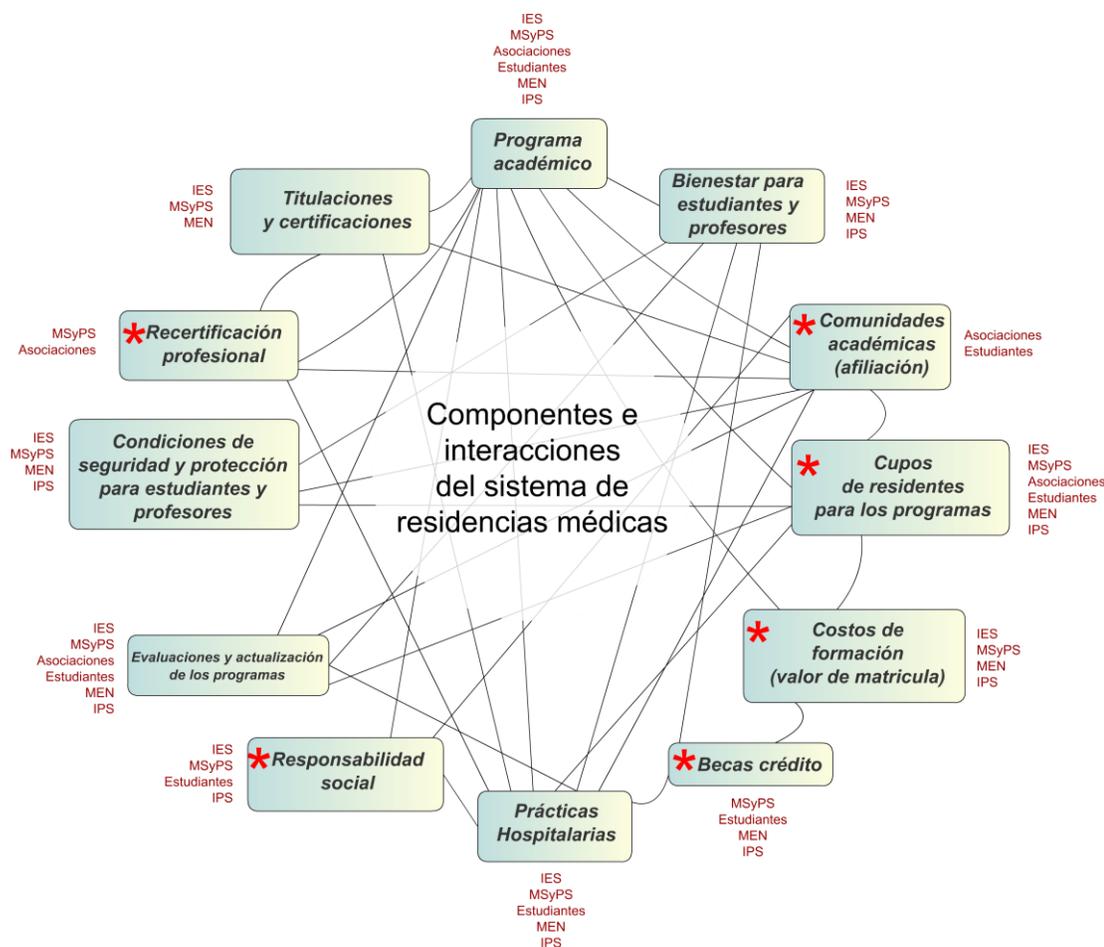


Figura 5. Componentes e interacciones del sistema de residencias médicas

En la figura 5 se representa además en letra roja los actores que influyen más en el componente y en consecuencia deben participar activamente en el diseño o

regulación del componente. Con un asterisco rojo se representan los componentes que se deben reglamentar para mejorar el sistema de residencias médicas.

Los componentes de un sistema de residencias médicas para Colombia son:

1. Programa académico.
2. Bienestar para estudiantes y profesores.
3. Prácticas hospitalarias.
4. Titulaciones y certificaciones.
5. Condiciones de seguridad y protección para estudiantes y profesores
6. Comunidades académicas (afiliación)
7. Cupos para los programas de residencia
8. Becas crédito
9. Responsabilidad social
10. Recertificación profesional
11. Costos de formación (valor de la matrícula)
12. Evaluación y actualización de los programas

En los siguientes párrafos se describen los diferentes componentes y se identifica si están legisladas, reglamentadas o si necesitan reglamentación.

Uno: Programa académico.

Este componente se refiere a las condiciones de calidad y los componentes de un programa de residencias médicas. Incluye tanto los aspectos docentes como investigativos. Las normas existentes para la implementación de los adecuados programas de posgrados son Ley 1188 de 2008: Por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior y se dictan otras disposiciones y por el *Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación* (Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior). La implementación de las condiciones básicas de calidad están facilitadas por las cartillas o instructivos elaborados para tal fin por el Ministerio de Educación a través de la CONACES y las

condiciones de calidad están establecidas en las normas de acreditación de alta calidad del CNA.

Comentarios: En resumen, este componente está suficientemente reglamentado por el gobierno y el MEN. No necesita actualmente más reglamentación.

Dos: Bienestar para estudiantes y profesores.

Se refiere a las condiciones de bienestar tanto para las actividades académicas realizadas en la universidad como en los centros de práctica. Las condiciones de calidad relacionadas con las actividades realizadas en los centros universitarios están reglamentadas en el *Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación* (Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior) y las actividades de bienestar están reguladas por el *Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de 2010* (Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud), específicamente en su artículo 15. Están complementadas por los instructivos de docencia-servicio para hospitales universitarios y centros de práctica diseñados por el Ministerio de salud y de protección Social.

Comentarios: En resumen, este componente está suficientemente reglamentado por el Ministerio de Salud y de protección social. No necesita actualmente más reglamentación.

Tres: Prácticas Hospitalarias.

Se refiere a las condiciones de calidad para realizar unas prácticas hospitalarias con calidad, pertinencia y seguridad por parte de las residencias médicas.

Los lineamientos para establecer unas condiciones adecuadas de calidad de las prácticas hospitalarias están contemplados en la Ley 1164 de octubre 3 de 2007 en sus artículos 14. Y están reglamentadas por el *Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de 2010* (Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud). Su aplicación se facilita por

los instructivos de docencia-servicio para hospitales universitarios y centros de práctica diseñados por el Ministerio de salud y de protección Social.

Comentarios: En resumen, este componente está suficientemente reglamentado por el Ministerio de Salud y de protección social. No necesita actualmente más reglamentación.

Cuatro: Titulaciones y certificaciones.

Los lineamientos y las normas para este componentes hacen parte de la ley 30 de 1992 de diciembre 28 de 1992. Servicio Público de Educación Superior. Expresa normas por medio de las cuales se reglamenta la organización del servicio público de la Educación Superior.

Comentarios: En resumen, este componente está suficientemente reglamentado. No necesita actualmente más reglamentación.

Cinco: Condiciones de seguridad y protección para estudiantes y profesores.

Las condiciones de seguridad y protección para estudiantes están reguladas por la Ley 1164 de octubre 3 de 2007 (Ley de Talento Humano), por la Ley 1562 del 11 de julio del 2012. por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional en su artículo 13 y reglamentadas en el Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de 2010 (Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud), específicamente en su artículo 15 Artículo relacionado con los residencias médicas. Su aplicación se facilita por los instructivos de docencia-servicio para hospitales universitarios y centros de práctica diseñados por el Ministerio de salud y de protección Social.

Comentarios: En resumen, este componente está reglamentado; no obstante, no hay claridad de quien debe asumir los costos de esta protección. Podría aprovecharse la nueva reglamentación para definir que tanto la afiliación al sistema general de salud, al sistema de riesgos laborales y la protección de todos los tipos de riesgos sea asumida por las IPS donde se realizan las prácticas.

Seis: Comunidad académica (afiliación).

Se refiere al derecho de afiliación de las diferentes especialidades médicas y el derecho a participar en los diferentes mejoras al sistema de residencias médicas. Esta regulación es limitada dado los derechos a la libre afiliación. No obstante, se pueden incluir funciones a estas comunidades como la propuesta actual de reglamentación de la educación médica continua.

Comentarios: No se necesita reglamentar en la propuesta de que trata este documento.

Siete: Cupos para los programas de residencia.

Los criterios para la asignación de cupos para las residencias médicas están definidos en los instructivos diseñados por el Ministerio de Salud y de protección social en respuesta a la reglamentación definida en el Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de 2010 (Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud). No obstante, se necesita más reglamentación para que los cupos no solo correspondan a unos criterios de calidad definidas para las IPS y los programas de la salud sino que respondan a las necesidades del sistema general de seguridad social del país.

Comentarios: Utilizar la nueva propuesta normativa para reglamentar los pertinente a las siguientes normas:

LEY 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo relacionado con los residencias médicas:

ARTÍCULO 101. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD. Modificase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.

“Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud,

conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Ocho: Becas Crédito:

En el sistema educativo y de salud de Colombia los residentes no se consideran trabajadores de la salud, sino estudiantes especiales. Dadas sus condiciones especiales de las prácticas de docencia servicio, el beneficio que obtienen las IPS y el sistema de salud con este tipo de prácticas, las necesidades de formación en varias especialidades médicas y la dedicación exclusiva exigida en estos programas, se hace necesario un sistema de remuneración para los residentes, además de las condiciones de bienestar y de seguridad y protección ya reglamentadas para las prácticas de docencia-servicio. En este momento las normas tienen definidos los lineamientos para este tipo de incentivo. Estas normas son:

1. LEY 1164 de octubre 3 de 2007. ARTÍCULO 30. DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS E INCENTIVOS. El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a: a) Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico-poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan; b) Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias; c) Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias; d) Generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.

2. LEY 1164 de octubre 3 de 2007. ARTÍCULO 31. BECAS CRÉDITO. De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el párrafo 1o del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca su reglamentación. PARÁGRAFO 1o. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditados o el personal que laboró en las Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional. PARÁGRAFO 2o. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca-crédito.
3. LEY 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 101. Texto relacionado con incentivos: Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el párrafo 1o del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos. Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir becas financiadas con recursos de los entes territoriales y del Gobierno Nacional, suscribiendo convenios para prestar los servicios

especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones. Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.

4. DECRETO 2376 DE 2010 del JULIO 1 DE 2010 Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. ARTÍCULO 26.- PRIORIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE BECAS. En la asignación de becas crédito y demás incentivos financiados con recursos del presupuesto público para promover la formación de profesionales de la salud, se dará prioridad a los estudiantes que: a. Se matriculen en instituciones de educación superior acreditadas o, b. Se matriculen en instituciones de educación superior que cuenten con el respectivo programa acreditado o, c. Se matriculen en instituciones de educación superior que tengan suscritos convenios docencia - servicio con instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas. La asignación de estas becas se realizará prioritariamente para aquellos programas que se determinen según la disponibilidad y distribución de especialistas en el país, por parte del Ministerio de la Protección Social.

Comentarios: Utilizar la nueva propuesta de decreto para reglamentar un programa de estímulos e incentivos para los residentes de las especialidades médicas con pertinencia, suficiencia y sostenibilidad a largo plazo. La financiación de dicho programa debe estar asignada al Ministerio de Salud y de Protección Social y a las IPS. Finalmente se debe reglamentar un modelo de prestación de servicios por parte de los residentes en coherencia con la calidad y la seguridad en todas las actividades y que dichas actividades eviten ser glosadas por el sistema. En el sistema actual no hay norma que prohíba o tenga sustento para glosar una cuenta de prestación de servicios por el solo hecho de que la actividad realizada sea realizada por un residente.

Nueve: Responsabilidad social de los residentes y de los programas.

Si bien es cierto que se debe estructurar un programa de incentivos, también se debe reglamentar unas posibles mecanismos en los cuales el residente pueda beneficiar el sistema en coherencia y relevancia a las necesidades de este y no solo enfocado a la prestación de servicios en niveles de alta complejidad. Si bien, los mecanismos propuestos hasta el momento se direccionan al año social obligatorio, se pueden extender a la prestación de servicios en atención primaria en salud como educación, consulta y seguimiento de programas de enfermedades prevalentes o de enfermedades crónicas no transmisibles. Las normas que contemplan actualmente los lineamientos con respecto a esto son:

1. **LEY 1164 de octubre 3 de 2007. ARTÍCULO 33. DEL SERVICIO SOCIAL.** Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud. El servicio social debe prestarse, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año. El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales. **PARÁGRAFO 1o.** El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la

prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación. PARÁGRAFO 2o. El Servicio Social creado mediante la presente ley, se prestará por única vez en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Único Nacional. PARÁGRAFO 3o. La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales. PARÁGRAFO 4o. El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos, igualmente gozarán de descuentos en las matrículas de conformidad con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social. PARÁGRAFO 5o. El Servicio Social creado en la presente ley sustituye para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la Ley 50 de 1981. No obstante, mientras se reglamenta la presente ley continuarán vigentes las normas que rigen el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud.

2. **LEY 1164 de octubre 3 de 2007. ARTÍCULO 38. DE LOS DEBERES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD.** El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidas, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud. De la protección de los lazos afectivos del paciente: Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos

con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud. De la promoción de una cultura ética: Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud. De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos: Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o se tienen dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente. De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente. De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.

3. **Resolución 00001058 de marzo 23 2010.** por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones. Artículo relacionado con los residencias médicas: **Artículo 5º.** *Cumplimiento del servicio social obligatorio.* Los profesionales cumplirán el Servicio Social Obligatorio, en plazas aprobadas por la autoridad competente, a través de una de las siguientes opciones: a) Inmediatamente después de obtener el título de pregrado. b) En el transcurso de los programas de especialización en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología y Medicina Familiar, para lo cual el

profesional debe realizar por lo menos un año de rotaciones en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con dificultades de acceso a los servicios de salud especializados. Estas rotaciones se deben realizar en el marco de un convenio docencia servicio, suscrito de conformidad con las normas que regulan la materia. c) Después de finalizado uno de los programas de especialización mencionados en el literal b) de presente artículo, para lo cual el profesional deberá cumplir seis meses de servicio en su respectiva especialidad, en una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con dificultades de acceso a los servicios de salud especializados. **Parágrafo 1º.** El Comité de Servicio Social Obligatorio propondrá las condiciones y procedimientos para la selección y autorización de las IPS donde se podrá cumplir el Servicio Social Obligatorio en desarrollo de las opciones previstas en los literales b) y c) del presente artículo, en el transcurso de los dos meses siguientes a la aprobación de la presente resolución. **Parágrafo 2º.** Para los casos de las opciones previstas en los literales b) y c) del presente artículo, el profesional deberá comunicar su decisión a la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, adjuntando certificación expedida por la Institución de Educación Superior que le otorga el cupo para el programa de especialización. Artículo relacionado con los residencias médicas: **Artículo 6º. Modalidades.** El servicio social obligatorio podrá ser prestado en las siguientes modalidades: a) Planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. b) Programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, como población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, centros de atención a personas mayores, entre otros. c) Programas de investigación en salud en Instituciones del sector, avalados por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias. d) Prestación de servicios profesionales o especializados de salud, en IPS habilitadas para este fin que presten servicios de salud a poblaciones

deprimidas urbanas o rurales. Artículo relacionado con los residencias médicas: Artículo 15. Vinculación y remuneración. Las plazas del Servicio Social Obligatorio se proveerán mediante la vinculación de los profesionales a la institución a través de nombramiento o contrato de trabajo, o, en su defecto, por medio de contrato de prestación de servicios, garantizando su afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral y una remuneración equivalente a la de cargos desempeñados por profesionales similares en la misma institución. Se deberán constituir pólizas para el aseguramiento de riesgos a que haya lugar. En cumplimiento de la Ley 1164 de 2007, en ningún caso los profesionales podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales. Para el caso de las zonas con poblaciones deprimidas urbanas y rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, las instituciones establecerán incentivos para los profesionales de la salud que ocupen dichas plazas, tales como, bonificaciones, primas, pago de transporte aéreo, marítimo, fluvial o terrestre, subvención del alojamiento y alimentación, entre otros.

Comentarios: Utilizar la nueva propuesta de decreto para reglamentar un programa de responsabilidad social de los residentes de acuerdo a los lineamientos definidos en las normas.

Diez: Recertificación profesional

Si bien la recertificación fue derogada por la corte, se debe regular en primera instancia las condiciones de calidad de la educación médica continua y dejar que instituciones externas ofrezcan programas de recertificación voluntarias.

Comentarios: Este componente se está reglamentado mediante otra propuesta de decreto diferente al objetivo de este documento, en consecuencia no se aconseja abordarlo.

Once: Costos de formación (valor de la matrícula):

Actualmente el costo de la matrícula de las residencias médicas no está regulado. Se puede aprovechar los lineamientos que definen la siguiente ley, para reglamentarlo: LEY 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 102. MATRÍCULAS DE RESIDENTES. El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional establecerán las pautas para la supervisión coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.

Comentarios: reglamentar topes máximos de las matriculas para las residencias médicas.

Doce: Evaluación y actualización de programas:

Se refiere a las condiciones académicas del programa propias del área del saber al cual pertenece que lo hacen distintivo, particular y coherente no solo con las necesidades actuales del sistema de salud sino a las necesidades y a los desarrollos de la especialidad médica. En este sentido, se puede buscar una estandarización de los programas de residencias médicas a través de una participación de todos los actores del sistema de residencias médicas. Dicha actualización permanente o periódica que tiene que ver con la definición de competencias, contenidos, estrategias entre otras puede ser liderado por el comité de especialidad definido en la ley de talento humano. Las normas previas que puede apoyar esta reglamentación son:

1. **LEY 1164 de octubre 3 de 2007.** Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. ARTÍCULO 7o. DE LOS COMITÉS DE TALENTO HUMANO EN SALUD. El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités: - Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud. -Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.
2. ARTÍCULO 12. DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL

ÁREA DE LA SALUD. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina, realizará el análisis de la pertinencia de los programas correspondientes a los diferentes niveles de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población. Los resultados de este análisis serán recomendaciones previas para que el Gobierno Nacional expida la reglamentación correspondiente en los diferentes niveles de formación de acuerdo con la Ley 30 de 1992 y la Ley 115 de 1994 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Para efectos de la formación del Talento Humano de que trata la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones sobre pertinencia y competencias. **Pertinencia:** Es la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro. **Competencia:** Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.

3. LEY 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo relacionado con los residencias médicas: ARTÍCULO 99. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. Modifícase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así: “Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados

en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud. Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Comentarios: reglamentar la creación de los comités de especialidad con funciones que tienen que ver con la actualización y evaluación de los programas.

7. Estructura general de una propuesta reglamentaria para las residencias médicas.

Según el análisis del ítem anterior, en el sistema de residencias médicas solo se necesitan reglamentar varios componentes.

Como se expresó anteriormente, los siguientes componentes no necesitan reglamentarse: Programa académico, bienestar para estudiantes y profesores, prácticas hospitalarias, titulaciones y certificaciones, comunidad académica (afiliación) y recertificación profesional.

Los siguientes componentes son susceptibles de reglamentación en la nueva propuesta:

1. Condiciones de seguridad y protección para estudiantes y profesores.

Este componente está reglamentado; no obstante, no hay claridad de quien debe asumir los costos de esta protección. Podría aprovecharse la nueva reglamentación para definir que tanto la afiliación al sistema general de salud, al sistema de riesgos laborales y la protección de todos los tipos de riesgos sea asumida por las IPS donde se realizan las prácticas.

2. Cupos para los programas de residencia. Utilizar la nueva propuesta de decreto para reglamentar lo pertinente a las normas vigentes. En particular se sugiere que el Ministerio de Salud y Protección Social realice un estudio actualizado de las necesidades de especialistas médico quirúrgicos en el país²

² Este estudio también sirve para dar aplicación a LEY 1438 De enero 19 de 2011. Artículo 101. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ARTÍCULO 101. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD. Modifícase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos. “Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (subrayado mío). El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

de acuerdo al censo actual (ya realizado por Cendex –centro de proyectos para el desarrollo- y con proyecciones al año 2020), las necesidades del sistema, las políticas descritas en la recién reforma al sistema, los planes de desarrollo nacionales y las tendencias en salud a nivel mundial. Este documento es fundamental para direccionar los lineamientos para los cupos de los estudiantes, los incentivos o becas y el apoyo del MSP para la formación médica (Se apoya en: primero, la Ley 1164 de octubre 3 de 2007, artículos 30,31. Segundo, la Ley 1438 de enero 19 de 2011, artículo 101).

- 3. Becas Crédito:** Utilizar la nueva propuesta de decreto para reglamentar un programa de estímulos e incentivos para los residentes de las especialidades médicas con pertinencia, suficiencia y sostenibilidad a largo plazo. La financiación de dicho programa debe estar asignada al Ministerio de Salud y de Protección Social y a las IPS. Finalmente se debe reglamentar un modelo de prestación de servicios por parte de los residentes en coherencia con la calidad y la seguridad en todas las actividades y que dichas actividades eviten ser glosadas por el sistema. En el sistema actual no hay norma que prohíba o tenga sustento para glosar una cuenta de prestación de servicios por el solo hecho de que la actividad realizada sea realizada por un residente. Una opción interesante es gestionar la creación en las IPS de “cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud para las prácticas hospitalarias” como está estipulado en la Ley 1164 de octubre 3 de 2007. En incentivos, se hace necesario que el Ministerio realice gestiones para que se cumplan los beneficios por parte de las universidades en lo reglamentado en la Ley 1164 de octubre 3 de 2007. Artículo 33. Del Servicio Social. Parágrafo 4.
 - 4. Responsabilidad social de los residentes y de los programas.** Utilizar la nueva propuesta de decreto para reglamentar un programa de responsabilidad social de los residentes de acuerdo a los lineamientos definidos en las normas. Las Becas créditos estarán sujetas a la magnitud de
-

programas en APS que tenga el programa y a la participación certificada de los estudiantes en dichos programas. Estas actividades en APS pueden ser: atención domiciliaria, telemedicina, telecuidado, educación a pacientes, modelos de cambios de comportamientos de pacientes a través de investigaciones y propuestas de innovación, manejo de grupos de pacientes con enfermedades crónicas, etcétera.

5. **Costos de formación (valor de la matrícula):** reglamentar topes máximos de las matrículas para las residencias médicas. Ver tendencias atrás.
6. **Evaluación y actualización de programas:** reglamentar la creación de los comités de especialidad con funciones que tienen que ver con la actualización y evaluación de los programas. Es pertinente recordar que los estudiantes pueden participar en el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud en principio a lo expuesto en la LEY 1164 de octubre 3 de 2007. Artículo 5o. Numeral g. Por otra parte, se puede reglamentar la creación de los comités de cada especialidad médica con funciones principalmente de asesoría al sistema. Estos comités son posibles gracias a lo reglamentado en la LEY 1164 de octubre 3 de 2007. Artículo 7o. Estos comités deben asumir las funciones descritas en el artículo 7 de la misma ley. Otra función de estos comités son la asesoría para la actualización de las competencias de la especialidad como está estipulado en la Ley 1438 De enero 19 de 2011. Artículo 99³.

³ LEY 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 99. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. Modificase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud. Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Así las cosas la estructura general de la propuesta reglamentaria debe incluir:

1. Consideraciones generales
2. Definiciones (residencias médicas, incentivos, becas crédito)
3. Cupos para las residencias médicas
4. Condiciones de seguridad y protección para los residentes.
5. Incentivos y estímulos para los residentes.
6. Costos de las matriculas.
7. Programas de responsabilidad social de los residentes.
8. Evaluación y actualización de los programas de residencias.

Bibliografía

1. Consultado en:
http://books.google.com/ngrams/graph?content=residencias+médicas&year_start=1600&year_end=2012&corpus=10&smoothing=3 el día 5 de octubre de 2012.
2. Escobar Gaviria RH, Competencias y definiciones en especialidades médicas: documento técnico. Serie Especialidades médicas número 1. Bogotá DC. Octubre 2009. ASCOFAME 2009.
3. Sarah-Jayne Blakemore y Uta Frith. Cómo Aprende el cerebro: Las claves para la educación. Editorial Ariel-2007
4. Residencias Médicas en América Latina .Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Americas No 5. OPS. Washington, D.C.: OPS, © 2011
5. Annals of Surgery .Should We Limit Resident Work Hours? In: Volumen 237, Número 1, 158-159. 2003)
6. The Impact of the 80-Hour Resident Workweek on Surgical Residents and Attending Surgeons. Matthew M. Hutter, MD, MPH, Katherine C. Kellogg, PhD Charles M. Ferguson, MD, William M. Abbott, MD, and Andrew L. Warshaw, MDAnnals of Surgery • Volume 243, Number 6, June 2006.
7. The Impact of Duty Hours on Resident Self Reports of Errors. Arpana R. Vidyarthi, MD, Andrew D. Auerbach, MD, MPH, Robert M. Wachter, MD, and Patricia P. Katz, PhD. Department of Medicine, University of California, 533 Parnassus Avenue, Box 0131, San Francisco, California 94143-0131, USA.
8. Residency Work-Hours Reform A Cost Analysis Including Preventable Adverse Events. Teryl K. Nuckols, MD, MSHS, Jose´ J. Escarce, MD, PhD.Division of General Internal Medicine and Health Services Research, David Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Calif, USA; 2The RAND Corporation, Santa Monica, Calif, USA.
9. López Morales F, et al. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242.
10. FÉRNANDEZ, María Teresa. Real Decreto 183/2008. Madrid. 2008.
11. Ley Federal de México. Capítulo XVI. Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad.
12. FÉRNANDEZ, María Teresa. Real Decreto 183/2008. Madrid. 2008.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. La formación sanitaria especializada en España. Madrid. 2008.
14. Ley Federal de México. Capítulo XVI. Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad.
15. CARRERAS, Martín. Médicos Residentes: ¿Trabajadores o no?. Macia.org. Comunidad de ciencias de la Salud. Buenos Aires. 2010.
16. BOCANEGRA, Juan Carlos. Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. Revista Médico Legal. Bogotá. 2012.)
17. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el

componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

18. Ley 1164 DE octubre 3 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
19. Resolución 00001058 de marzo 23 2010. por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.
20. Decreto 1295 del 20 de abril de 2010. Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. Ministerio de Educación
21. Decreto 2376 DE 2010 del JULIO 1 DE 2010. *Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud*
22. Ley 1438 De enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
23. Ley 1562 del 11 de julio del 2012. por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.
24. Barona R. Relación docencia servicio en el área de la salud. Revista Médico Legal. Año XVI No 2-2010.