Graduados de Medicina de la UACA: casi mil especialidades registradas al servicio de la región (1982–2026)

UACA Medical Graduates: Nearly a Thousand Registered Specialties Serving the Region (1982–2026)

Francisco Echeverría-Batalla[*]
Víctor Gabriel Madriz-Aguilar[**]
Derek Calderón-Jiménez[***]

Resumen

Este artículo documenta las trayectorias de especialización de los graduados de Medicina de la Universidad Autónoma de Centro América a lo largo de cuatro décadas de formación médica continuada. El escrito las sitúa en el contexto histórico de la consolidación de la formación de especialistas en Costa Rica y examina el desarrollo profesional posterior a la graduación: la vinculación de los egresados al colegio profesional, el acceso a la formación de posgrado y la variedad de campos en que esa formación se ha concretado. Se revisan la distribución de las credenciales de especialidad y subespecialidad por grandes áreas

* Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Centro América, catedrático de la Facultad y médico pediatra graduado de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Correo electrónico: fecheverriab@profuaca.ac.cr

** Director de carrera, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Centro América. Médico y máster en Didáctica Universitaria, graduado de la UACA, y docente universitario. Cartago, Costa Rica. Correo electrónico: vmadriz@uaca.ac.cr

*** Estudiante de Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Centro América. Representante estudiantil de la carrera de Medicina. Heredia, Costa Rica. Correo electrónico: dfcalderon@esuaca.ac.cr

de la práctica médica, las orientaciones de mayor frecuencia y la presencia de profesionales con más de una formación especializada. El trabajo ofrece así una perspectiva histórica sobre el aporte de la Universidad a la formación de recursos humanos en salud y sobre la diversidad de rutas profesionales recorridas por sus graduados.

Palabras clave: EDUCACIÓN EN MEDICINA - POSGRADO - ESPECIALIZACIÓN - MOVILIDAD LABORAL - FACULTAD DE MEDICINA - PERSONAL DE SALUD - COSTA RICA

Abstract

This article documents the specialization trajectories of medical graduates of the Universidad Autónoma de Centro América across four decades of continuous medical education. It situates those trajectories within the historical consolidation of specialist training in Costa Rica and examines professional development after graduation: graduates' registration with the professional board, access to postgraduate training, and the range of fields in which that training has taken shape. The article reviews the distribution of specialty and subspecialty credentials across the broad areas of medical practice, the most frequent professional orientations, and the presence of practitioners holding more than one specialized qualification. It thus offers a historical perspective on the University's contribution to the education of health human resources and on the diversity of professional paths followed by its graduates.

Keywords: MEDICAL EDUCATION - POSTGRADUATE - SPECIALIZATION - CAREER MOBILITY - SCHOOLS MEDICAL - HEALTH PERSONNEL - COSTA RICA

Recibido: 24 de agosto de 2026
Aceptado: 19 de octubre de 2026

1. Introducción

La medicina especializada llegó a Costa Rica antes que la posibilidad de estudiarla en el país. Durante la primera mitad del siglo XX, quien deseaba formarse como médico debía viajar al extranjero, y quien aspiraba a dominar un campo particular lo hacía por la misma vía: la especialización era una trayectoria individual, costeada de forma privada y validada por instituciones foráneas (Universidad de Costa Rica [UCR], Facultad de Medicina, s. f.). La radiología ilustra ese patrón. La primera radiografía del país se tomó en 1904, pero la especialidad tardó décadas en constituirse: el primer equipo instalado en un hospital data de 1923 y su consolidación dependió de médicos formados en el extranjero que regresaron a organizar los servicios (De Céspedes, 2000, pp. 35-36).

La capacidad de formar especialistas dentro del país requirió el ensamblaje de tres piezas institucionales. La primera fue una escuela de medicina nacional: la Facultad de Medicina de la UCR, instituida como escuela por ley en 1947 y constituida como facultad en 1953, abrió sus puertas el 6 de marzo de 1961 y graduó su primera promoción en 1965 (UCR, Facultad de Medicina, s. f.). La segunda fue un marco regulador del ejercicio profesional, competencia del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica [CMC] conforme a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos (Ley n.º 3019, 1962). La tercera fue una red hospitalaria capaz de sostener la formación práctica prolongada que exige una residencia: los hospitales públicos pasaron a la Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS] en 1976 (De Céspedes, 2016, p. 88). De la articulación entre ambas instituciones surgió el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas, que sigue siendo el eje de la formación de especialistas: reúne 57 especialidades, mantiene más de 900 residentes en formación y gradúa alrededor de 175 especialistas al año (UCR, Sistema de Estudios de Posgrado, s. f.-a; Kenjekeeva, 2025).

El catálogo de especialidades nunca ha sido una lista estable. Las especialidades se han separado, fusionado y creado según la evolución del conocimiento y las necesidades asistenciales, y varias de las que hoy parecen consolidadas tienen fechas de creación precisas: el plan de estudios de Medicina Crítica y

Terapia Intensiva se aprobó en 1986 (UCR, Sistema de Estudios de Posgrado, s. f.-b), el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria data de 1988 y la residencia de Geriatría y Gerontología se inició en 1992 (Morales, 2015, p. 77). El calendario de estas dos últimas resulta significativo: anteceden y acompañan la reforma sectorial de 1994, que organizó la atención primaria en torno a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud e incorporó por primera vez normas dirigidas a la persona adulta mayor. Detrás de esa dinámica opera la transición demográfica y epidemiológica costarricense: el descenso de la fecundidad y una esperanza de vida comparable a la de los países desarrollados han producido un envejecimiento acelerado de la población, con proyecciones que sitúan cerca del 15 % la proporción de personas mayores de 65 años hacia 2030 (Morales, 2015, p. 75). El desplazamiento del peso relativo de las enfermedades transmisibles hacia las crónicas reorientó la demanda de recursos humanos: la especialización dejó de organizarse únicamente en torno al órgano o al procedimiento y pasó a incorporar campos definidos por la población atendida, por el nivel de atención o por la función de gestión. El propio marco normativo reconoce ese carácter abierto, pues prevé procedimientos explícitos para incorporar nuevas denominaciones a la lista oficial reconocida por el CMC (CMC, 2025; Decreto Ejecutivo n.º 37562-S, 2013).

Durante décadas la formación de especialistas fue atribución exclusiva de la universidad pública. Esa exclusividad terminó cuando un pronunciamiento de la Sala Constitucional facultó a las universidades privadas para suscribir convenios y desarrollar programas de especialidad en los hospitales de la CCSS en igualdad de condiciones (De Céspedes, 2016, p. 89). En octubre de 2025 la CCSS renovó convenios con seis universidades, públicas y privadas, para la formación de especialistas (Villalobos, 2025). La ampliación resulta pertinente frente a la brecha existente: un informe de auditoría interna de la CCSS estimó para 2025 un faltante de 439 médicos especialistas, concentrado en Radiología e Imágenes Médicas y en Anestesiología y Recuperación (Rojas, 2026), mientras que para el período 2024-2025 la institución dispuso 250 plazas de formación y solo ingresaron 183 residentes (Rodríguez, 2025). A ello se suma una distribución territorial desigual: la Contraloría General de la República (2025) documentó que el 55,6 % del personal médico especialista se concentra en los hospitales de tercer nivel situados en la Gran Área Metropolitana,

mientras que los hospitales regionales no alcanzan en promedio más del 74 % de cobertura en servicios especializados (pp. 4, 9). El CMC, por su parte, sostiene que el país cuenta con alrededor de 18 300 médicos incorporados, cerca del 38,4 % de ellos registrados como especialistas o subespecialistas (Rojas, 2026).

Ese debate delimita por qué interesa conocer cuántos graduados de una escuela de medicina alcanzan una especialidad y en qué campos lo hacen. Sin embargo, los registros institucionales que permitirían responder a esa pregunta rara vez se sistematizan y menos aún se analizan. La Universidad Autónoma de Centro América [UACA], primera universidad privada de Costa Rica, constituye una excepción: mantiene un registro nominal continuo de sus graduados de Medicina desde 1982, actualizado y cotejado con los datos de agremiación del CMC. Ese registro abarca más de cuatro décadas de formación médica y permite observar el desarrollo profesional posterior de varias generaciones de graduados.

2. Objetivo

Caracterizar la situación de especialización que los graduados de Medicina de la UACA inscritos entre 1982 y 2026 presentan en los registros institucionales al corte del segundo cuatrimestre de 2026. De manera específica, se describe la magnitud y la composición del universo de graduados registrados, su situación de vinculación con el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, la proporción que figura con al menos una especialidad inscrita, el número y la distribución de las credenciales registradas por áreas y denominaciones, las denominaciones de mayor frecuencia y la presencia de profesionales con más de una credencial. El objetivo se formula en términos de estado acumulado y no de evolución, porque el diseño documental y las variables disponibles permiten describir el registro en un corte único, pero no seguir cohortes ni estimar la incidencia de la especialización a lo largo del tiempo.

3. Materiales y métodos

Estudio descriptivo y documental basado en registros institucionales, sin intervención sobre los sujetos ni recolección primaria de información. La unidad de análisis es el graduado

registrado; la unidad secundaria, el registro de especialidad o subespecialidad inscrito ante el CMC. El período abarca de 1982, año de la primera promoción registrada, a 2026, con corte en el segundo cuatrimestre.

Se emplearon dos fuentes complementarias, ambas elaboradas por el Dr. Francisco Echeverría Batalla, decano de la Universidad. La base de datos de graduados de Medicina de la UACA, en su versión del 7 de agosto de 2026, es una hoja de cálculo nominal que consigna para cada graduado el año de graduación, el sexo, la condición de incorporación al CMC, el estatus de agremiación —activo, inactivo, fallecido o con examen de incorporación pendiente— y las especialidades o subespecialidades inscritas, codificadas en columnas independientes (Echeverría, 2026a). El Boletín Cuatrimestral de Graduados de MedUACA del segundo cuatrimestre de 2026 aporta los datos consolidados y la clasificación por áreas (Echeverría, 2026b); sus cifras se emplean como referencia principal en los resultados, por corresponder al corte publicado. Ambas fuentes proceden del mismo sistema de registro, pero representan niveles distintos de elaboración —nominal la primera, consolidada la segunda—, lo que permite emplearlas como control recíproco: cada cifra publicada en el boletín pudo contrastarse con el recuento obtenido al recomponer la base nominal.

La clasificación sigue la agrupación operativa del boletín, que ordena las 54 denominaciones registradas en siete áreas de especialización médica: poblacionales y de atención integral; quirúrgicas; diagnósticas y de atención especializada; médicas clínicas; pediátricas; ginecológicas; y otras. Se trata de una construcción con fines analíticos y no de una nomenclatura oficial del CMC, cuyo reglamento ordena las especialidades según criterios de acreditación (Decreto Ejecutivo n.º 37562-S, 2013).

El procedimiento comprendió cuatro pasos. Primero, se extrajeron los totales y subtotales de ambos documentos y se compararon entre sí, sin corregir de oficio ninguna discrepancia. Segundo, la base nominal se sometió a tres controles de consistencia interna: la verificación fila a fila, contrastando las marcas de especialidad de cada registro con su propia columna de total declarado; la comprobación de que la suma de los subtotales

por promoción coincidiera con el total general del archivo; y el cotejo de la suma de frecuencias por denominación contra el total de credenciales consignado. Los registros en que alguno de estos controles no cerró se aislaron y se documentaron sin modificarlos, y su efecto se detalla en el apartado de limitaciones. Tercero, se recompuso la base para reconstruir la serie anual de graduaciones y la distribución del número de credenciales por graduado, dos datos que el boletín no presenta; ambas reconstrucciones se validaron confrontando sus totales con las cifras consolidadas del boletín. Cuarto, se calcularon proporciones simples sobre los totales declarados, verificando en cada tabla que los subtotales sumaran el total correspondiente y que los porcentajes cerraran en 100 %, salvo las diferencias de redondeo que se hacen explícitas en las notas. No se aplicaron pruebas de inferencia estadística ni modelos multivariados: se trata de un censo administrativo de una población conocida, no de una muestra. El estudio no sigue a una cohorte a lo largo del tiempo, sino que reúne el estado acumulado de varias generaciones en un mismo corte; sus resultados deben leerse en clave histórica y no longitudinal.

4. Resultados

4.1. Caracterización del registro y vinculación profesional

El Panel de Control y Seguimiento Académico registra 2715 graduados de Medicina entre 1982 y 2026, con una composición por sexo cercana a la paridad: 1309 mujeres (48,2 %) y 1406 hombres (51,8 %), según se resume en la Tabla 1. La evolución anual del registro (Figura 1) dista de ser uniforme: las graduaciones crecen desde las 38 de 1982 hasta un máximo de 205 en 1997, descienden a 21 en 2001 y 13 en 2002, y entre 2003 y 2007 el registro consigna 17 graduados en total; a partir de 2008 la serie se recupera y se mantiene entre 18 y 89 graduados anuales, con una caída puntual a 4 en 2020; los 14 graduados de 2026 corresponden a un año incompleto, por el corte del registro en el segundo cuatrimestre. Los registros disponibles permiten describir esa variación, pero no explicarla; el estudio se limita a documentar la serie tal como aparece consignada.

Tabla 1

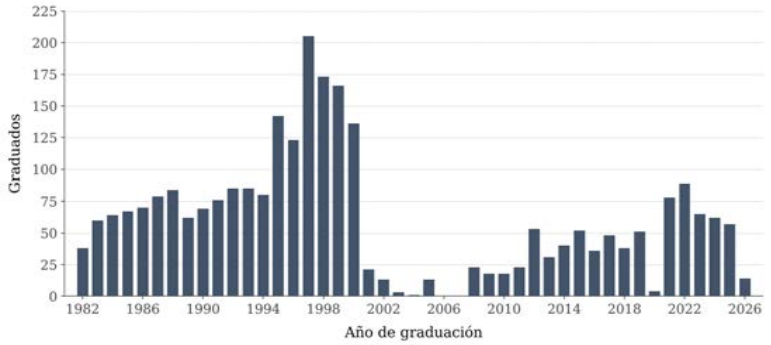
Composición por sexo de los graduados de Medicina de la UACA (1982–2026)

Sexo	n	%
Mujeres	1309	48,2 %
Hombres	1406	51,8 %
Total de graduados registrados	**2715**	**100 %**

Nota. Elaboración propia a partir de Echeverría (2026b).

Figura 1

Graduados de Medicina de la UACA por año de graduación (1982–2026)



Nota. Reconstrucción propia a partir de la serie anual de Echeverría (2026a).

De los 2715 graduados registrados, 2124 se incorporaron al Colegio de Médicos y Cirujanos [CMC] o se encuentran en proceso de hacerlo, y 591 —un 21,8 %— nunca llegaron a incorporarse; de estos, 576 corresponden a promociones del siglo XX, es decir, un 97,5 % del grupo, hecho documentado en el anexo contextual de la base y ya abordado en un trabajo previo. Entre quienes sí se vincularon al Colegio, la gran mayoría figura como profesional activo, según se detalla en la Tabla 2. Estas cifras delimitan el universo sobre el cual puede observarse la especialización: no los 2715 graduados, sino los 2124 vinculados al CMC. Los registros

disponibles pueden, por tanto, subestimar la especialización de quienes desarrollaron su trayectoria fuera de Costa Rica o no figuran actualmente en el registro nacional.

Tabla 2

Situación de incorporación y estatus de agremiación ante el Colegio de Médicos y Cirujanos

Condición	n	% del total de graduados
Incorporados o en proceso de incorporación	2124	78,2 %
Activos	1748	64,4 %
Inactivos	282	10,4 %
Fallecidos	42	1,5 %
Con examen de incorporación pendiente	52	1,9 %
No incorporados al CMC	591	21,8 %
De los cuales, de promociones del siglo XX	576	21,2 %
Total de graduados registrados	**2715**	**100 %**

Nota. Los cuatro renglones sangrados de la primera fila suman 2124; las dos categorías principales suman 2715. Porcentajes calculados sobre el total de graduados. Elaboración propia a partir de Echeverría (2026b).

4.2. Médicos generales y especialistas

De los 2124 graduados inscritos o en proceso de incorporación, 824 cuentan con al menos una especialidad médica inscrita, un 38,8 %. Los 1300 restantes no presentan una especialidad registrada en las fuentes analizadas; el boletín los identifica como médicos generales, si bien la ausencia de una credencial inscrita no equivale necesariamente al ejercicio actual como tal. La proporción no expresa una jerarquía: el médico general constituye la base del primer nivel de atención del sistema costarricense, y sobre esa figura descansa buena parte de la cobertura poblacional.

Considerado el período completo 1982-2026, la tasa de especialización global del registro se sitúa en un 38,8 %: 824 de los 2124 graduados vinculados al CMC cuentan con al menos una credencial inscrita. Este indicador debe leerse como un indicador rezagado, puesto que la especialización exige el servicio social obligatorio, la aprobación de un proceso de admisión

a residencias y varios años de formación, a lo que se añade el tiempo necesario para inscribir la credencial ante el CMC. De los 824 especialistas registrados, 743 corresponden a promociones del siglo XX, distribución congruente con ese rezago: los graduados de la última década se encuentran todavía dentro de la ventana temporal que la formación de posgrado y la posterior inscripción de la credencial requieren, de modo que la tasa global subestima la especialización que finalmente alcanzarán las promociones más recientes.

4.3. Distribución por áreas de especialización

Entre los 824 especialistas se contabilizan 997 registros de especialidad o subespecialidad inscritos ante el CMC. La distinción entre ambas magnitudes es esencial: no existen 997 especialistas, sino 824 profesionales que acumulan 997 credenciales. La Tabla 3 presenta la distribución de esos registros según las siete áreas del boletín; el Anexo 1 reproduce el listado completo de las 54 denominaciones.

Tabla 3

Distribución de los registros de especialidad y subespecialidad por área (1982–2026)

Área de especialización	Registros	% del total	Especialidad predominante/s.	% del área
Poblacionales y de atención integral	361	36,2 %	Administración en Servicios de Salud	37 %
Quirúrgicas	201	20,2 %	Cirugía General	24 %
Diagnósticas y de atención especializada	159	15,9 %	Anestesiología y Recuperación	35 %
Médicas clínicas	119	11,9 %	Medicina Interna	35 %
Pediátricas	83	8,3 %	Pediatría	69 %
Ginecológicas	69	6,9 %	Ginecología y Obstetricia	75 %
Otras	5	0,5 %	Acupuntura / Medicina Aeroespacial	40 %
Total	**997**	**100 %**	—	—

Nota. Los registros (997) superan el número de especialistas (824) porque algunos profesionales poseen más de una credencial inscrita. Los porcentajes de la tercera columna suman 99,9 por redondeo. Elaboración propia a partir de Echeverría (2026b).

El área poblacional y de atención integral encabeza la distribución con 361 registros (36,2 %), seguida por las quirúrgicas con 201 (20,2 %), las diagnósticas y de atención especializada con 159 (15,9 %), las médicas clínicas con 119 (11,9 %), las pediátricas con 83 (8,3 %), las ginecológicas con 69 (6,9 %) y un grupo residual de otras con 5 (0,5 %). El rasgo más notable no es cuál área encabeza el conjunto, sino que las seis áreas sustantivas estén representadas de manera apreciable: ninguna supera el 40 % del total y ninguna desciende por debajo del 6 %. Los graduados figuran simultáneamente en la atención hospitalaria de adultos, la cirugía, la pediatría, la salud de la mujer, el diagnóstico por imágenes, la medicina de urgencias, la atención primaria, la salud pública, la medicina del trabajo y la gestión de servicios sanitarios.

Cada una de las siete áreas responde a un criterio de agrupación definido en el boletín:

— *Poblacionales y de atención integral.* Área especializada en atención primaria, salud pública y necesidades transversales importantes, por su impacto epidemiológico, de la población en general.

— *Quirúrgicas.* Área troncal de la medicina, junto con sus especialidades quirúrgicas clásicas.
— *Diagnósticas y de atención especializada.* Área de especialización en complemento diagnóstico y de apoyo especializado transversal a otras especialidades médicas.
— *Médicas clínicas.* Área troncal de la medicina, junto con sus especialidades médicas clásicas.
— *Pediátricas.* Área troncal de la medicina, junto con sus especialidades pediátricas clásicas.
— *Ginecológicas.* Área troncal de la medicina, junto con sus especialidades ginecológicas clásicas.
— *Otras.* Algunas especialidades específicas muy poco frecuentes y que no entran en ninguna clasificación anterior.

La primacía del área poblacional admite una lectura cautelosa, pues depende en buena medida de una sola especialidad: si se descuentan los 133 registros de Administración en Servicios de

Salud, el área queda en 228 registros, cerca de las 201 credenciales quirúrgicas. La magnitud de un área tampoco puede interpretarse como medida de su importancia, prestigio o necesidad sanitaria: refleja decisiones individuales acumuladas durante cuatro décadas, entre cuyos condicionantes figura la disponibilidad de plazas de residencia, cuya asignación corresponde a la CCSS (Sancho et al., 2021, p. 36). En el extremo opuesto de la distribución, numerosas especialidades aparecen con uno, dos o tres registros —Alergología, Inmunología, Medicina del Sueño, Informática Médica y Medicina Nuclear, entre otras—, e incluso campos poco frecuentes como la Medicina Aeroespacial o la Homeopatía cuentan con representación.

4.4. Principales especialidades y subespecialidades

Quince especialidades concentran 682 de los 997 registros, un 68,4 % del total (Tabla 4). Agrupadas por afinidad funcional, permiten identificar cuatro patrones. El primero es el peso de la gestión y de la salud poblacional: Administración en Servicios de Salud encabeza el conjunto con 133 registros —más del doble que la segunda especialidad— y, junto con Medicina del Trabajo (52), Medicina Familiar y Comunitaria (38), Geriatría (24) y Salud Pública (24), suma 271 registros, un 27,2 % del total. El segundo corresponde a las especialidades troncales de la atención hospitalaria: Pediatría (57), Ginecología y Obstetricia (52), Cirugía General (49) y Medicina Interna (42), que suman 200 registros. El tercero agrupa las especialidades de soporte diagnóstico y terapéutico: Anestesiología y Recuperación (55), Radiología e Imágenes Médicas (44) y Emergencias (21). El cuarto reúne especialidades quirúrgicas y clínicas de órgano o sistema: Oftalmología (36), Ortopedia y Traumatología (34) y Dermatología (21).

Tabla 4

Las quince especialidades y subespecialidades más frecuentes (1982–2026)

Pos.	Especialidad	n	% del total de registros	Área
1	Administración en Servicios de Salud	133	13,3 %	Poblacionales y de atención integral
2	Pediatría	57	5,7 %	Pediátricas
3	Anestesiología y Recuperación	55	5,5 %	Diagnósticas y de atención especializada
4	Ginecología y Obstetricia	52	5,2 %	Ginecológicas
4	Medicina del Trabajo	52	5,2 %	Poblacionales y de atención integral
6	Cirugía General	49	4,9 %	Quirúrgicas
7	Radiología e Imágenes Médicas	44	4,4 %	Diagnósticas y de atención especializada
8	Medicina Interna	42	4,2 %	Médicas clínicas
9	Medicina Familiar y Comunitaria	38	3,8 %	Poblacionales y de atención integral
10	Oftalmología	36	3,6 %	Quirúrgicas
11	Ortopedia y Traumatología	34	3,4 %	Quirúrgicas
12	Geriatría	24	2,4 %	Poblacionales y de atención integral
12	Salud Pública	24	2,4 %	Poblacionales y de atención integral
14	Emergencias	21	2,1 %	Diagnósticas y de atención especializada
14	Dermatología	21	2,1 %	Médicas clínicas
	Subtotal (15 principales)	**682**	**68,4 %**	—

Nota. Las posiciones empatadas comparten número de orden. Las áreas se denominan conforme a la Tabla 3. La suma de los porcentajes individuales redondeados da 68,2; el 68,4 % del subtotal se calcula sobre las frecuencias absolutas (682/997). Elaboración propia a partir de Echeverría (2026b).

Leídos en conjunto, los cuatro patrones muestran que el grupo de cabeza no se concentra en un solo tipo de práctica: reúne especialidades que intervienen en distintos niveles del sistema sanitario, del primer nivel de atención al quirófano y a los servicios de urgencias. Los datos no permiten establecer en qué medida esa distribución responde a las necesidades del sistema de salud costarricense, cuestión que exigiría contrastarla con estimaciones de brecha por especialidad.

4.5. Multiespecialización

Si cada especialista poseyera una sola credencial, el número de registros coincidiría con el de profesionales. La diferencia entre ambas magnitudes —997 registros frente a 824 especialistas, esto es, 173 credenciales excedentes— indica que una parte de los graduados especializados posee más de una especialidad o subespecialidad inscrita. La reconstrucción del registro nominal permite aproximar cómo se reparte ese excedente: la mayoría de los especialistas figura con una sola credencial, una proporción menor acumula dos y unos pocos casos alcanzan tres. Las frecuencias exactas deben interpretarse con cautela, por las diferencias menores entre la reconstrucción nominal y las cifras consolidadas del boletín que se detallan en el apartado de limitaciones.

El boletín documenta casos concretos de profesionales con varias credenciales inscritas, así como trayectorias que combinan la práctica especializada con la docencia universitaria y la actividad académica en la propia Universidad. Estos ejemplos cumplen una función ilustrativa y no probatoria: los registros no permiten determinar si la acumulación de credenciales responde a estrategias de carrera, a requisitos de puestos de jefatura o a decisiones individuales heterogéneas.

5. Discusión

El número de graduados describe un flujo de salida; las trayectorias de especialización describen lo que ocurrió con ese flujo años o décadas más tarde. Un graduado de 1997 que se especializó en 2004 y subespecializó en 2009 aparece en el registro con tres credenciales que ninguna estadística de graduación habría anticipado. Cuatro ideas ordenan la interpretación de los resultados.

La primera es la magnitud. Que 2124 de los 2715 graduados se hayan vinculado al Colegio de Médicos y Cirujanos, que 824 de ellos hayan inscrito al menos una especialidad y que el conjunto acumule 997 credenciales es un resultado apreciable de más de cuatro décadas de actividad académica continuada.

Estos resultados describen trayectorias profesionales posteriores a la formación de grado y permiten documentar el desarrollo profesional de varias generaciones de graduados, una dimensión que rara vez queda registrada; no constituyen, en cambio, una medición de los resultados de aprendizaje de la carrera. A modo de referencia, el CMC estima que cerca del 38,4 % de los médicos incorporados en el país figura como especialista o subespecialista (Rojas, 2026), proporción cercana al 38,8 % observado entre los graduados aquí analizados; la coincidencia debe tomarse con cautela, pues ambos denominadores no fueron construidos con idénticos criterios, pero sitúa el resultado dentro del orden de magnitud nacional.

La segunda es la diversidad. La coexistencia de credenciales clínicas, quirúrgicas, diagnósticas, pediátricas, ginecológicas y poblacionales en proporciones no extremas indica que los graduados no siguieron un patrón único de inserción, sino que se distribuyeron por prácticamente todo el espectro de la profesión. Ese equilibrio relativo guarda coherencia con la estructura del sistema costarricense, donde la CCSS concentra la mayor parte de la oferta asistencial y organiza la formación de posgrado mediante la asignación de las plazas de residencia (Sancho et al., 2021, p. 36); bajo ese esquema, la composición del acervo de especialistas de cualquier universidad podría estar condicionada, al menos en parte, por decisiones de planificación que le son ajenas, si bien los datos no permiten cuantificar ese efecto. Dentro de esa amplitud destaca la presencia conjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Medicina del Trabajo y Administración en Servicios de Salud —247 registros, casi una cuarta parte del total—, cuatro especialidades orientadas a lo colectivo cuyo peso resulta congruente con un sistema de cobertura universal organizado en redes.

La tercera es la profundidad temporal del registro. Este no ofrece la fotografía de una cohorte, sino el estado acumulado de varias generaciones formadas por una misma institución, una observación que exige a la vez una trayectoria prolongada y un seguimiento sostenido en el tiempo. Esa profundidad temporal permite distinguir lo que es un patrón de lo que es un rezago: la elevada tasa de especialización de las promociones más antiguas y la baja de las recientes no describen comportamientos distintos, sino momentos distintos de una misma trayectoria profesional,

cuyo desenlace solo resulta observable transcurrida al menos una década desde la graduación. Un corte transversal en cualquier año del período habría sugerido conclusiones erróneas sobre las cohortes entonces jóvenes. La multiespecialización añade aquí un matiz con implicaciones prácticas: que una parte apreciable de los especialistas posea más de una credencial implica que un recuento por especialidad que sume credenciales sobreestima el número de personas disponibles, pues un mismo profesional se contabiliza en dos o tres listas. En el caso analizado, el sesgo máximo posible equivale a las 173 credenciales excedentes, un 17,4 % de los registros. La distinción entre profesionales y registros no es un tecnicismo contable, sino una condición para interpretar correctamente cualquier estadística de especialización.

La cuarta es el significado institucional. Detrás de las cifras hay generaciones de médicos que, tras concluir la carrera, dedicaron varios años adicionales a formarse en uno o más campos y hoy ejercen en la práctica clínica, la cirugía, el diagnóstico, la atención primaria, la salud pública, la gestión sanitaria y la docencia; varios de los nombres que el boletín menciona colaboran como tutores o jurados de pruebas de grado en la propia Universidad. Los resultados describen a los graduados de una universidad y no pueden extrapolarse al conjunto del cuerpo médico costarricense ni al de otras escuelas; la literatura nacional señala un déficit de especialistas y la pertinencia de sostener la formación de posgrado ante el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica (Sancho et al., 2021, pp. 37-38), pero los datos aquí presentados no permiten cuantificar la contribución de la institución a la resolución de ese déficit. Conviene notar, no obstante, que dos de las especialidades con mayor faltante según las estimaciones institucionales —Radiología e Imágenes Médicas y Anestesiología y Recuperación, con 99 plazas faltantes en cada una (Rojas, 2026)— figuran también entre las más frecuentes en el registro analizado, con 44 y 55 credenciales respectivamente; los datos disponibles no permiten establecer en qué medida esos profesionales cubren plazas en el sector público, pero indican que las trayectorias de los graduados alcanzan campos hoy críticos para el sistema. Los resultados documentan, en definitiva, una trayectoria acumulada de formación médica y un aporte histórico a la diversidad profesional del país, al que se suma la incorporación reciente de la UACA al grupo de universidades con convenio para la formación de especialistas (Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior, 2022; CCSS, 2024).

6. Limitaciones

El estudio depende de registros administrativos institucionales y comparte sus limitaciones. Solo captura las especialidades inscritas ante el CMC, de modo que la formación de posgrado obtenida por graduados no agremiados en Costa Rica, o por quienes se agremiaron y luego emigraron sin actualizar su registro, no queda reflejada. Tampoco consigna el año de obtención de cada credencial, lo que impide calcular el tiempo transcurrido entre la graduación y la especialización o estimar qué proporción de las promociones recientes llegará a especializarse; las comparaciones entre períodos son descriptivas y no están ajustadas por tiempo de exposición. Por su diseño, el estudio es descriptivo, carece de grupo de comparación y no permite establecer relaciones causales. La clasificación en siete áreas, además, es una construcción operativa del boletín y no una nomenclatura oficial, por lo que los resultados agregados por área no son directamente comparables con estadísticas producidas bajo otras taxonomías.

Existen, por último, diferencias menores entre las dos fuentes, atribuibles a que el boletín corresponde al corte del segundo cuatrimestre de 2026 y la base a una versión posterior. Son diferencias de una a siete unidades, compatibles con una actualización de los datos de agremiación; ninguna se corrigió por decisión propia ni altera las conclusiones. Por corresponder al corte publicado, las cifras del boletín se utilizaron como referencia principal.

7. Conclusiones

Cuarenta y cuatro años de registros permiten seguir una progresión completa: 2715 graduados de Medicina de la UACA entre 1982 y 2026, de los cuales 2124 se vincularon al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica; entre estos últimos, 824 alcanzaron al menos una especialidad y acumulan 997 registros de especialidad o subespecialidad, repartidos en 54 denominaciones y siete áreas de la práctica médica.

La composición de ese conjunto importa tanto como su magnitud. Ninguna de las siete áreas supera el 40 % de los registros y ninguna, con excepción del grupo residual, desciende por

debajo del 6 %: los graduados figuran en la atención hospitalaria, la cirugía, la pediatría, la salud de la mujer, el diagnóstico, la medicina de urgencias, la atención primaria, la salud pública y la gestión de servicios. La diversidad de trayectorias, antes que la concentración en unos pocos campos, es el rasgo más destacado del colectivo analizado. La distancia entre 824 especialistas y 997 registros constituye por sí sola un hallazgo: una parte apreciable de los especialistas ha inscrito más de una credencial, lo que advierte contra la lectura de los conteos de credenciales como conteos de personas.

El seguimiento de los graduados aparece, en definitiva, como una vía de análisis institucional distinta del recuento de títulos otorgados: permite describir las rutas de formación de posgrado efectivamente recorridas y ofrece una perspectiva histórica sobre el aporte de MedUACA a la formación médica costarricense y sobre el desarrollo profesional de varias generaciones de sus graduados, sin que ello suponga una medición directa de la calidad de la enseñanza impartida. Para consolidar esa vía se requiere incorporar al registro variables que hoy faltan —año y lugar de obtención de cada especialidad, sector y ámbito geográfico de ejercicio— y sostener el seguimiento sistemático que el Panel de Control y Seguimiento Académico ha hecho posible.

Declaración sobre las fuentes y los datos

Las fuentes documentales en que se basa este estudio son inéditas y de acceso restringido. Los datos nominales del registro se trataron de forma agregada y los nombres propios que aparecen en el texto proceden exclusivamente de la información difundida por la institución en su boletín.

Referencias

Caja Costarricense de Seguro Social. (2024, 21 de mayo). CCSS inicia proceso de inscripción para examen de residencias médicas. https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=522420205191

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2025). Reglamento de Especialidades y Subespecialidades Médicas. https://www.medicos.cr/website/documentos/NormativaLegal/NormativaAcademica/2025/

Contraloría General de la República. (2025). Informe de auditoría de carácter especial acerca de la planificación y distribución de personal médico especialista (Informe n.º DFOE-BIS-IAD-00002-2025). https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2025/SIGYD_D/SIGYD_D_2025017931.pdf

De Céspedes, C. (2016). Universidad de Costa Rica – Caja Costarricense de Seguro Social: ¿unión o disolución? Acta Médica Costarricense, 58(2), 88–90.

De Céspedes, C. (2000). Evolución de la Radiología como especialidad médica en Costa Rica durante el siglo XX: 1904–1980. Acta Médica Costarricense, 42(1), 35–38. https://doi.org/10.51481/amc.v42i1.541

Decreto Ejecutivo n.º 37562-S. Reglamento de Especialidades y Subespecialidades Médicas. La Gaceta, Alcance Digital n.º 51, Costa Rica

Echeverría, F. (2026a). Panel de Control y Seguimiento Académico de los Graduados de Medicina, UACA (1982–2026) [Base de datos inédita, versión del 7 de agosto de 2026]. Universidad Autónoma de Centro América.

Echeverría, F. (2026b). Boletín Cuatrimestral de Graduados de MedUACA (Q2-2026). Universidad Autónoma de Centro América.

Kenjekeeva, A. (2025, 17 de octubre). Nuevo convenio UCR-CCSS potenciará la formación de más especialistas médicos para el país. Universidad de Cost Rica. https://www.ucr.ac.cr/noticias/2025/10/17/nuevo-convenio-ucr-ccss-potenciara-la-formacion-de-mas-especialistas-medicos-para-el-pais.html

Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos (Ley n.º 3019) Costa Rica. Recuperado el 9 de noviembre de 2025). https://pgrweb.go.cr/scij/

Morales, F. (2015). El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura. *Acta Médica Costarricense*, 57(2), 74–79.

Rodríguez, I. (2025, 24 de noviembre). Auditoría de CCSS analizó formación de médicos especialistas: estos son los problemas y vacíos encontrados. *La Nación.* https://www.nacion.com/el-pais/auditoria-de-ccss-analizo-formacion-de-medicos/UBFGJQ54TJEVFCZ6BXNJXXI3U4/story/

Rojas, J. (2026, 26 de febrero). *¿Escasez de especialistas o mala gestión? El debate que define la salud pública costarricense*. Delfino.cr. https://delfino.cr/2026/02/escasez-de-especialistas-o-mala-gestion-el-debate-que-define-la-salud-publica-costarricense

Sancho, H., Cerdas, O. y Ureña, S. (2021). Pertinencia de los posgrados médicos en Costa Rica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(2), 32–39. https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i2.235

Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior. (2022). *Las 5 universidades con las que la CCSS suscribió una prórroga para la formación de médicos especialistas tienen su carrera de Medicina acreditada antes a nivel grado*. https://www.sinaes.ac.cr/

Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina. (s. f.). *Historia.* https://fmedicina.ucr.ac.cr/facultad/historia/

Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. (s. f.-a). *Programa de Posgrado en Especialidades Médicas: ¿Quiénes somos?* https://www.sep.ucr.ac.cr/posgrado-especialidades-medicas-nosotros/quienes-somos

Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. (s. f.-b). *Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. https://www.sep.ucr.ac.cr/posgrado-especialidades-medicas-oferta-academica/medicina-critica-terapia-intensiva

Villalobos, P. (2025, 24 de octubre). CCSS renueva convenios con seis universidades para formación de médicos especialistas. *Teletica.com.* https://www.teletica.com/nacional/ccss-renueva-convenios-con-seis-universidades-para-formacion-de-medicos-especialistas_395756

Anexo 1

Listado completo de especialidades y subespecialidades registradas (1982–2026)

Especialidad o subespecialidad	Registros	% del total
MÉDICAS CLÍNICAS	**119**	**11,9 %**
Alergología	1	0,1 %
Cardiología / Intervencionistas / Electrofisiología	17	1,7 %
Dermatología	21	2,1 %
Endocrinología	8	0,8 %
Gastroenterología	8	0,8 %
Hematología	3	0,3 %
Infectología	4	0,4 %
Inmunología	1	0,1 %
Medicina del Sueño	1	0,1 %
Medicina Interna	42	4,2 %
Nefrología	2	0,2 %
Neumología	6	0,6 %
Neurología	3	0,3 %
Reumatología	2	0,2 %
QUIRÚRGICAS	**201**	**20,2 %**
Cirugía Cardiotorácica y Cardiovascular	7	0,7 %
Cirugía de Columna Vertebral	4	0,4 %
Cirugía Gastrointestinal	1	0,1 %
Cirugía General	49	4,9 %
Cirugía Plástica	18	1,8 %
Neurocirugía	5	0,5 %
Oftalmología	36	3,6 %
Otorrinolaringología	17	1,7 %
Ortopedia y Traumatología	34	3,4 %
Proctología	5	0,5 %
Urología	14	1,4 %
Vascular Periférico	11	1,1 %
GINECOLÓGICAS	**69**	**6,9 %**
Ginecología y Obstetricia	52	5,2 %
Infertilidad y Materno Infantil	13	1,3 %
Perinatología	4	0,4 %
PEDIÁTRICAS	**83**	**8,3 %**
Cirugía Pediátrica	16	1,6 %
Neonatología	10	1,0 %
Pediatría	57	5,7 %
POBLACIONALES Y DE ATENCIÓN INTEGRAL	**361**	**36,2 %**

Especialidad o subespecialidad	Registros	% del total
Administración en Servicios de Salud	133	13,3 %
Fisiatría y Rehabilitación	17	1,7 %
Geriatría	24	2,4 %
Informática Médica	1	0,1 %
Medicina del Deporte	6	0,6 %
Medicina del Trabajo	52	5,2 %
Medicina Familiar y Comunitaria	38	3,8 %
Medicina Paliativa	19	1,9 %
Nutrición	4	0,4 %
Oncología / Radioterapia	22	2,2 %
Psiquiatría	21	2,1 %
Salud Pública	24	2,4 %
DIAGNÓSTICAS Y DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	**159**	**15,9 %**
Anatomía Patológica / Anatomía / Histotecnología	19	1,9 %
Anestesiología y Recuperación	55	5,5 %
Cuidados Intensivos / ECMO	8	0,8 %
Emergencias	21	2,1 %
Medicina Legal	11	1,1 %
Medicina Nuclear	1	0,1 %
Radiología e Imágenes Médicas	44	4,4 %
OTRAS	**5**	**0,5 %**
Acupuntura	2	0,2 %
Homeopatía	1	0,1 %
Medicina Aeroespacial	2	0,2 %
TOTAL	**997**	**100 %**

Nota. Reproducido de Echeverría (2026b). Los porcentajes de área se recalcularon sobre el total de 997 registros. Se normalizaron cuatro denominaciones respecto del documento original: «Medicina Paliatriva» se consigna como Medicina Paliativa; «ORL» como Otorrinolaringología; «Cirugía Columna Vertebral» como Cirugía de Columna Vertebral; y «Radiología» como Radiología e Imágenes Médicas, según la nomenclatura empleada en el propio boletín. Ninguna cifra fue modificada.