



Seminario Internacional

**25º Aniversario del Sistema
Nacional de Residencia Médico**

Taller Internacional

**“Experiencias Internacionales en la
formación de Médicos Especialistas”**

Lima - Perú

26 y 27 de setiembre de 2001

Copyright © 2002

Seminario Internacional "25º Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico"
Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la Formación de Médicos Especialistas"

Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) - Primera Edición. Es una publicación oficial del Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME). Esta publicación puede ser reproducida, copiada y transmitida por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, con la mención de esta fuente.

Correo electrónico: conareme@hotmail.com

Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME)

Edición electrónica disponible en: <http://www.colmedi.org.pe/conareme>

ÍNDICE

Presentación	7
Comité Nacional de Residentado Médico	9
Comisión Organizador	11
Invitados Extranjeros	13
Seminario Internacional "25º Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico"	15
Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la Formación de Médicos Especialistas"	85

PRESENTACIÓN

El Comité Nacional de Residencia Médica (CONAREME) presenta a ustedes la transcripción de las exposiciones desarrolladas en el Seminario Internacional "25° Aniversario del Sistema Nacional de Residencia Médica en el Perú", así como las del Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la Formación de Especialistas", eventos realizados en Septiembre del 2001.

La valiosa colaboración de José Eduardo San Esteban de México, Sandra Díaz de Estados Unidos de N.A. y Vera Lucia de Bezerra de Brasil, conjuntamente con las intervenciones de miembros e invitados del Comité Nacional, permiten concretar en esta publicación enfoques y experiencias diversas en el desarrollo de los programas de residencia médica en nuestros países. Temas como marco legal, objetivos, estructura, procesos de admisión, estrategias de evaluación y acreditación, y articulación de instituciones formadoras y prestadoras, son algunos de los aspectos analizados, los cuales representan retos comunes y fundamentales a todos nosotros. Sin embargo, la lectura deberá partir previamente de reconocer los rasgos generales y particulares que definen y diferencian la estructura política, social y educativa de nuestros países.

El Sistema Nacional de Residencia Médica representa en el Perú, la experiencia mas importante de articulación institucional en el campo educativo y de salud. En el Comité Nacional, máxima instancia del Sistema, encuentran un espacio de dialogo, concertación, decisión y trabajo el Ministerio de Salud, EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el Colegio Médico, los propios médicos residentes, las facultades de medicina, y la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), la cual me honro en presidir, y que asume alternadamente con el Ministerio de Salud (Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos) la Presidencia de CONAREME.

En este marco, el documento que presentamos se presenta en un momento de particular importancia para el SINAREME. El Comité Nacional ha aprobado los estándares mínimos de formación para las especialidades médicas en el Perú, procurando garantizar que el conjunto de programas del Sistema cumpla con brindar un perfil profesional, objetivos curriculares y logros académico-asistenciales que permitan alcanzar estándares mínimos de calidad educativa. Como siguiente paso, en los próximos meses ha de desarrollarse el proceso de acreditación de programas de residentado médico, experiencia inédita en el Perú.

Deseo expresar el reconocimiento al conjunto de miembros del Comité Nacional, a la Comisión Organizadora de estos eventos, quienes lograron cristalizar los objetivos trazados con ocasión de los 25 años; e invitar a todos ustedes a una lectura crítica del documento que les presentamos; así como convocarlos a continuar el trabajo corporativo que ha sido la característica principal de nuestro desempeño institucional.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a large, sweeping loop that ends in a small flourish.

Dr. Luis Caravedo Reyes
Presidente
Comité Nacional de Residentado Médico

COMITÉ NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

26 de Setiembre de 2001

- **Dr. Luis Caravedo Reyes**
Presidente, Asociación Peruana de Facultades de Medicina
- **Dr. Jaime Adolfo Cabrera Valencia**
Vice Presidente, Instituto de Desarrollo y Recursos Humanos
- **Dr. Manuel Núñez Vergara**
Secretario Ejecutivo del Comité Nacional de Residentado Médico
- **Dr. Manuel Alvarez Larraondo**
Representante de la Universidad Nacional de Trujillo
- **Dr. Domingo Arcos Jerónimo**
Representante de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica
- **Dr. Eleazar Bravo Benites**
Representante de la Sanidad Naval
- **Dr. Alberto García Cáceres**
Representante de la Universidad Nacional Federico Villarreal
- **Dr. Igor Huerta Saenz**
Representante de la Asociación Nacional de Médicos Residentes
- **Dr. Pedro Larrea Ramiréz**
Representante de la Universidad de San Martín de Porres
- **Dr. Walter Mendieta Landauro**
Representante de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú
- **Dr. Nelson Raúl Morales Soto**
Representante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- **Dr. Romulo Olivo Varas**
Representante de la Universidad Católica de Santa María
- **Dr. Robert Palomino de la Gala**
Representante de la Universidad Nacional de San Agustín
- **Dr. Eduardo Paredes Bodegas**
Representante de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- **Dr. Fernando Cerna Iparraguirre**
Representante del Ministerio de Salud
- **Dr. Jorge Rivera Campos**
Representante de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú
- **Dr. Jesús Sánchez Hoyos**
Representante de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
- **Dra. Erica Suzuki Sato**
Representante de EsSalud
- **Dr. Amador Vargas Guerra**
Representante del Colegio Médico del Perú
- **Dr. Luis Vidal Neira**
Representante de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
- **Dr. Wilelmo Zorrilla Huamán**
Representante de la Sanidad del Ejército

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Robert Palomino de la Gala	Presidente
Dr. Fernando Cerna Iparraguirre	Miembro
Dr. Pascual Chiarella Ortigosa	Miembro
Dr. Adalberto Delgado Gamero	Miembro
Dr. Nelson Morales Soto	Miembro
Dr. Eleazar Bravo Benites	Miembro
Dr. Manuel Núñez Vergara	Secretario Ejecutivo

INVITADOS EXTRANJEROS



MSc. Sandra Díaz - Castillo

Directora del Proceso de
Acreditación de Programas ACGME,
Yale New Haven Hospital - Yale
School of Medicine



Dr. Jesús Eduardo San Esteban

Experto de la Organización
Panamericana de la Salud en
Educación Médica - México



**Dra. Vera Lucia Vilar de Araujo
Bezerra**

Secretaria Ejecutiva de la Comisión
Nacional de Residentado Médico -
Brasil

**Seminario Internacional
25° ANIVERSARIO DEL SISTEMA
NACIONAL DE RESIDENTADO
MÉDICO**

Lima, 26 de Setiembre de 2001

**Auditorio Principal de la
Asamblea Nacional de Rectores
Calle las aldabas N° 337 - Surco**

SEMINARIO INTERNACIONAL

25° ANIVERSARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

Programa	19
Palabras de Apertura	21
Conferencias	23
Experiencias Internacionales	
• MSc. Sandra L. Díaz Representante de ACGME - EEUU	41
• Dr. Jesús E. San Esteban Representante de México	50
• Msc. Vera Lucia de Bezerra Representante de Brasil	60
• Preguntas Opinión sobre el examen único nacional	67
Discursos de Orden	73
Palabras de Clausura	81

PROGRAMA

Miércoles, 26 de Septiembre del 2001
Sede de la Asamblea Nacional de Rectores,

- 18:00 – 18:15 Inauguración
Dr. Carlos M. Químper Herrera
Ministro de Salud
- 18:15 – 18:45 Conferencia
25 años del Sistema Nacional de Residencia Médico
Dr. José Piscoya Arbañil
Ex-Presidente del Comité Nacional de Residencia Médico
Presidente: Dr. Robert Palomino de la Gala
Secretario: Dr. Fernando Cerna Iparraguirre
- 19:00 – 21:00 Simposio
Experiencias Internacionales en la Formación de Especialistas
Presidente: Dr. Eduardo Paredes Bodegas
Secretario: Dr. Jorge Rivera Campos
Ponentes: Representante de EE.UU.
Representante de México
Representante de Brasil
- 21:00 – 21:30 Discurso de Orden
Dr. Luis Caravedo Reyes
Presidente del Comité Nacional de Residencia Médico
- 21:30 – 21:45 Clausura
Dr. Julio Castro Gómez
Decano del Colegio Médico del Perú

PALABRAS DE APERTURA

DR. CARLOS MANUEL QUÍMPER HERRERA

Viceministro de Salud

Dr. Luis Caravedo Reyes, Presidente de Conareme; Dr. Robert Palomino de la Gala, Presidente de la Comisión Organizadora del Evento, colegas y amigos todos:

En primer lugar, quiero dar las gracias por la oportunidad de participar en esta reunión en representación del Sr. Ministro, quien, como Uds. saben, ha tenido que viajar a Washington a representar al Perú en la reunión de la Oficina Sanitaria Panamericana. De allí les traigo buenas noticias: el Perú ha sido elegido para el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, como uno de los miembros permanentes del Consejo Directivo.

Además, también quiero compartir con Uds. la satisfacción de haber pasado una parte de la tarde con dos personas muy notables de la Salud Pública en el mundo, el Dr. Halfdan Mahler, quien fuera Director de la Organización Mundial de la Salud, un hombre que transitó una gran parte de su vida luchando contra la tuberculosis en los países más pobres del mundo, como en la India, y es el mismo que propagó este el nuevo enfoque de tratamiento ambulatorio de la tuberculosis; y el Dr. Carl Taylor, profesor de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. Con ambos hemos tenido la posibilidad de departir esta tarde sobre los logros que hemos obtenido en el desarrollo de la atención de la salud en nuestro país. Con estas satisfacciones, vengo a compartir con ustedes esta tarde y a inaugurar esta reunión de la que espero podamos obtener, como en tantas otras ocasiones, experiencias provechosas para poder seguir construyendo en nuestro país un mejor sistema de formación de profesionales para una más adecuada atención de salud de nuestra población.

Nosotros tenemos un país que está lleno de retos y que, por lo mismo, provee respuestas a cada uno de sus problemas con una gran diversidad de soluciones; y esto también es una riqueza: de las experiencias obtenidas en Perú, que se desarrollan en el Perú, se pueden enriquecer otros países.

Así lo hemos hecho a lo largo de muchos años, desde que el Perú brindó la quinina al mundo entero como eficaz medicamento contra la malaria, hasta los últimos años en que experiencias como la del CLAS están siendo reproducidas en otros países del mundo.

Es, por tanto, que con gran satisfacción y en representación del Sr. Ministro de Salud, declaro inaugurado este Seminario Internacional con motivo del vigésimo quinto aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico.

Buenas noches.

CONFERENCIA

XXV ANIVERSARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

DR. JOSE L. PISCOYA ARBAÑIL

Ex – Presidente de CONAREME

I.- Sinareme: una perspectiva global

Condensar en una breve exposición hechos históricos de un cuarto de siglo y que no sea una repetición de lo ya conocido, es a primera vista una tarea utópica; sin embargo, como en todo trabajo colectivo, el esfuerzo conjunto hace posible lograr metas difíciles. Ésta presentación trata de sintetizar el desarrollo histórico del sistema con las opiniones y referencias de los representantes de las entidades participantes; lógicamente, es imposible un consenso en todo y señalaré las opiniones personales cuando existieran diferencias de criterio.

- (1975 - 1980).
- 1975 : Basadre, Jorge, La vida y la historia, cita sobre la universidad.
- 1974 : CONUP autoriza PASEMH escolarizada de UNMSM y UPCH y no escolarizada UNMSM.
- 1971-1975 : Plan sectorial de salud (09 Septiembre 1971) "...instrumentación legal del Residentado Médico".

El periplo que seguiré se inicia con la dación del Decreto Supremo N° 00659-76-SA el 23 de septiembre de 1976 y su génesis; continuaré con el desarrollo del sistema; la reformulación sin vigencia el año 1986; el desdoblamiento en 1988 en un Decreto Supremo, el 008-88-SA, y una Resolución Suprema, la 009-88-SA; comentarios sobre los avances y retrocesos de las disposiciones; hasta el diseño y aprobación del Plan Estratégico en 1999 que dinamizó la estructura y posibilitó un avance sostenido que incluye procesos de acreditación y emisión de estándares mínimos de formación; para finalizar con una propuesta de agenda. Reitero que todo esto no sería posible sin la participación amplia y cooperativa de todas las instituciones integrantes del sistema.

II.- SINAREME: entorno histórico en 1976

Con la fundación del Centro de Altos Estudios Militares (CAEM, como se le conocería en un mundo de siglas que se generalizó) se evidenció un nuevo rostro del militarismo, convirtiendo al militar profesional en un agente político, al cual se le atribuía el renovado papel de colaborar activamente en el desarrollo nacional. La administración pública, con la colaboración de los civiles, pasó a ser instrumento de un plan a elaborarse en las instituciones castrenses. Es durante el gobierno militar del General de División Francisco Morales Bermúdez que se gesta el sistema nacional de formación de especialistas en medicina humana.

El año anterior, Jorge Basadre escribía sobre la universidad (cito textualmente su comentario): “No puede hoy dejarse sola a la universidad en nombre del mito decimonónico de la autonomía. No sólo el estado sino principalmente la sociedad debe interesarse en su suerte y sentirse responsable de la vida próspera o adversa, deficiente o eficaz que a ella y a los que con ella tengan que ver, les quepa. En el cumplimiento de las tareas universitarias deben integrarse cuatro estamentos: el cuerpo docente o profesional, el cuerpo discente o escolar, el cuerpo circunvicente, esto es la sociedad, y el cuerpo regente o el estado”. Intercalo esta aproximación para enmarcar las decisiones que los profesores en ese entonces debieron tomar.

En 1962 y 1963 se crearon escuelas de graduados en San Marcos y Cayetano Heredia respectivamente, para organizar y orientar el “perfeccionamiento de sus graduados”. Inicialmente esto fue una iniciativa de algunos jefes de servicio, formalizándose luego con la RM 90-63-DGS que puso en vigencia el reglamento de residencia médica y creó un comité de educación médica. Luego la RM 241-65 DS vino a normar el programa de adiestramiento médico por el sistema de residencias. Las facultades formulaban el programa de estudios de cada especialidad que era ejecutado y supervisado por el comité. Al término del programa, el nuevo especialista recibía un “certificado» de haber realizado dichos estudios en un centro hospitalario.

La información referida a la sistematización u ordenamiento se encuentra en el plan sectorial de salud del año '71, previstos para un lustro, y en el marco del cual seguramente se inscribe el plan de una sistematización de la formación de especialistas en medicina humana.

- Elaborado por docentes universitarios de UNMSM y UPCH.
- Definición : Sistema Educativo del Segundo Ciclo de Educación Superior. Ofrece a médicos enseñanza y adiestramiento especializado de post grado mediante programa docente asistencial desarrollado por Universidades con Programas Académicos de Medicina Humana en coordinación con los servicios de salud y orientados de acuerdo a objetivos de Planes Nacionales y Regionales de Salud usando la metodología del Residentado Médico.

III.- Decreto Supremo 00659-76-SA

La emisión del Decreto Supremo 00659-76-SA fue la culminación de un trabajo metódico, conducido por el Dr. Rodolfo Gonzales Enders, docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la decidida colaboración del Dr. Alejandro Bazán Gonzales, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y de destacados docentes de ambas universidades, así como directivos del Colegio Médico del Perú. Esta parte de la historia, con escasa documentación disponible, la recuerdo por haber participado activamente en la elaboración de las normas, en mi condición de Secretario Académico del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desde 1975 hasta 1985.

El proyecto fue altamente participativo, pues al margen de haber sido realizado durante un gobierno *de facto*, fue producto de semanas de arduo trabajo en el que confluyeron ideas, propuestas, rectificaciones y ratificaciones de toda las estructuras involucradas en el sistema, que en un ejemplo de dinámica técnica, académica y administrativa, lograron concordar un documento final que incluyó todos los puntos de vista; siendo tal vez el único punto de discrepancia el de incorporar al egresado como médico en el primer nivel de la carrera pública en los establecimientos del estado, donde éste lo necesitara, lo cual fue sustituido por el artículo 40 inciso h que decía "ejercer la especialidad adquirida en el lugar designado durante el período de un año, por la entidad donde estuvo contratado". Taxativa que además no fue cumplida.

El Decreto Supremo proporcionó un reglamento de formación de especialistas de medicina humana en 7 capítulos y 55 artículos firmado por el Presidente de la República, General de División Ejército Peruano

Don Francisco Morales Bermúdez, el General de Brigada Ejército Peruano Don Ramón Miranda Ampuero, Ministro de Educación, y el Teniente General Fuerza Aérea Jorge Tamayo de la Flor, Ministro de Salud, y señala como su finalidad normar la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Formación de Especialistas de Medicina Humana para lograr uniformidad, coordinación y agilización de los procedimientos, técnicas y administración en el desarrollo de sus atribuciones.

Define a la formación de especialistas como un sistema educativo correspondiente al segundo ciclo de educación superior del país, por el cual se ofrece a los profesionales médicos enseñanza y adiestramiento especializado de posgrado, mediante un programa docente asistencial desarrollado por las universidades que cuentan con programas académicos de medicina humana en coordinación con los servicios de salud del país y orientados de acuerdo a los objetivos de los planes nacionales y regionales de salud, usando la metodología del residency médico.

IV.- D.S. 00659-76-SA: Organización

El diseño del sistema estuvo influenciado por la propuesta de organización mecanicista para organizaciones eficaces en ambientes relativamente estables. Este sistema se caracteriza entre otras cosas por la diferenciación especializada de las tareas, por individuos que consideran sus tareas diferentes de la mayoría, por derechos y obligaciones definidos con precisión, por una estructura jerárquica, por interacciones verticales entre el superior y los subordinados.

IV.- D.S. N° 00659-76-SA: Organización

1. Entidades del Sector Educación:
 - a) CONUP.
 - b) PAMH con PSEMH.
2. Entidades que realizan acciones de Salud:
 - a) MINSA.
 - b) SSP.
 - c) Sanidades FA y FP.
 - d) Entidades Privadas.
3. Instituciones Profesionales representativas:
 - a) CMP.
 - b) ANMR.

La descripción del entorno (régimen militar; desorden en la oferta de vacantes en los diferentes centros hospitalarios; aumento y desaparición de vacantes; concursos en diferentes fechas; falta de reconocimiento oficial en el marco de la Ley Universitaria, pues no se otorgaban títulos de especialistas sino certificados expedidos por la Escuela de Graduados; así como control autónomo, dependiente de la buena fe de los jefes de servicio, más o menos enterados e interesados) hacía necesario diseñar una organización que planificara en forma apropiada, clarificara las relaciones interinstitucionales y delegara autoridad con equilibrio en la delegación.

Inicialmente participaron el Consejo Nacional de la Universidad Peruana, en representación del Estado, y la Universidad, a través de sus Programas Académicos de Medicina Humana (término con que se les conoció a las facultades con Programas de Segunda Especialización en Medicina Humana en este período. También se incluyeron los organismos que ofertaban vacantes como el Ministerio de Salud, el Seguro Social del Perú, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y las entidades privadas. Como instituciones representativas se incorporó al Colegio Médico del Perú y a la Asociación Nacional de Médicos Residentes.

V.- D.S. N° 00659-76-SA: Estructura

- a) Comité Nacional de Residentado Médico**
 - Subcomité de Planificación.
 - Subcomité de Asuntos Docentes y Coordinación.
 - Subcomité de Calificación.
 - Subcomité de Presupuesto y Asuntos Laborales.
- b) Comités Regionales.**
- c) Comités Hospitalarios.**

Este cambio de cultura organizacional con participación plena y responsabilidades compartidas es un precedente que debe servir de referente obligado para las tareas pluriinstitucionales que requieren una adecuada vertebración para el logro de objetivos comunes.

Asistimos a los veinticinco años de una propuesta exitosa que, como veremos luego, ha tenido algunas adecuaciones cosméticas y ha construido un plan estratégico el año 1999 que le augura una larga vida para garantía de la calidad del especialista formado en el ámbito nacional.

V.- D.S. 00659-76-SA:ESTRUCTURA

La idea de autorregularse era el estilo medioeval de las universidades que cedió el paso a la acción reguladora del estado cuando los profesores exigieron remuneraciones y las universidades, mecanismos estables de apoyo financiero. En esta dinámica la estructura propuesta se orienta a la implementación de procesos permanentes y participativos de evaluación, en el marco de una adecuada planificación de recursos humanos en función de la demanda programada y de los recursos disponibles, la coordinación del desarrollo de especialidades por las universidades, una calificación uniforme y el enfoque laboral acorde con la vigencia de normas y dispositivos legales vigentes.

Todas estas variables fueron consideradas en el decreto supremo del año '76, el cual garantizaba una oferta de vacantes en función del número de especialistas requeridos a nivel nacional, de los recursos hospitalarios y académicos disponibles, todo ello supervisado por las regiones y específicamente por los comités hospitalarios.

Sin embargo, la vigencia inevitablemente se vio afectada en el núcleo directivo en dos debilidades: la primera, el CONUP que progresivamente dejó de existir y fue reemplazado por la Asamblea Nacional de Rectores, que no asumió en ningún momento la coordinación del sistema; y el Ministerio de Salud, que no instaló la secretaría permanente normada en el decreto por no contar con las aportaciones de las entidades participantes en el sistema, según estaba señalado en el artículo 23 del mencionado instrumento legal.

La inacción del ente rector pudo ser superada por el esfuerzo singular de las estructuras dependientes: he sido testigo del esfuerzo solitario de un solo Comité Regional, el de Lima, bajo la conducción del Dr. Raúl Schmidt Pinedo, que sin embargo no pudo remontar el desinterés de los integrantes del sistema. En el lustro siguiente a la emisión del decreto supremo 659, destaca el funcionamiento orgánico del Comité Hospitalario del Hospital Central N° 1, llamado Obrero, actualmente Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Seguro Social del Perú. Este Comité, bajo la presidencia y conducción del Dr. Alberto Cornejo Donayre, institucionalizó su funcionamiento constituyéndose en su referente a nivel nacional por el cumplimiento del artículo 22 y estableciendo un ordenamiento que se proyectó más allá de su presencia y que lamentablemente decreció cuando fue absorbido en sus funciones por el departamento de capacitación. Esta experiencia

es un hito que, documentada en archivos del hospital es parte del acervo requerido para retroalimentar el sistema.

En resumen, de los niveles señalados en la proyección, el único que funcionó a plenitud fue el Comité Hospitalario, pero con matices en las diferentes sedes por las razones que se han esbozado en el análisis crítico que he reseñado.

VI.- D.S 036-86-SA

La justificación de adecuar el DS 659 a la nueva Ley Universitaria era indudablemente pertinente, sin embargo el DS 036-86-SA no trasluce un estudio técnico académico, ni aprovecha la experiencia de una década de vigencia del DS 659; por el contrario, reitera una dinámica inconexa. Llama la atención igualmente que habiéndose emitido durante un gobierno civil (el del Señor García) lleve la firma de los tres ministros de las fuerzas armadas y del Ministro del Interior. Por otro lado, es saludable la incorporación de ASPEFAM como miembro del Comité Nacional y la desaparición de los Comités Regionales que habían devenido en inoperantes, como comenté anteriormente. Una estructura de especial significación también considerada es el Comité Ejecutivo, que le permitiera mayor fluidez administrativa al sistema, posibilitando el cumplimiento cabal de las funciones de los comités asesores de especialidades que darían aportes desde el punto de vista académico como eje fundamental para el sistema.

Este decreto supremo no tuvo vigencia en ningún momento, ni tampoco su reglamento que a continuación comento, pues la revisión de inconsistencias es un insumo valioso para perfeccionar los reglamentos.

VII.- RS 005-87-SA

La Resolución Suprema 005, en 30 artículos y una disposición transitoria, pone en vigencia el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico. Incluye como obligatoria la exigencia de haber laborado en servicios periféricos por lo menos tres años, y en el artículo 3° incorpora en forma sorprendente un sistema que promueve la competencia y se orienta a garantizar la calidad del producto. Incorpora, insisto, la separación del 50% de vacantes ofertadas por los establecimientos de salud de las fuerzas armadas y fuerzas policiales para los médicos asimilados, lo cual no se había considerado ni

siquiera remotamente en el decreto supremo original que fue elaborado y puesto en vigencia durante un gobierno militar.

Aspectos prácticos a destacar en el reglamento son el establecimiento de una fecha única para el examen de selección anual en el mes de febrero y la posibilidad de los médicos nombrados de acogerse a la opción del destaque por el período que dure su formación.

Como señalé a propósito del decreto supremo 036 del año anterior, este reglamento tampoco se hizo efectivo.

VIII.- DS 008-88-SA

La génesis de este decreto, aunque no se señala explícitamente, es el Seminario de Evaluación del Residencia Médica "Daniel A. Carrión", desarrollado en Lima del 15 al 18 de setiembre de 1985, bajo los auspicios de ASPEFAM y del Colegio Médico. En éste se mencionaba la crisis del sistema al no haberse racionalizado la oferta en función de la demanda por desconocerla, y al hacerse primar las necesidades de las instituciones hospitalarias, la disponibilidad de recursos, fundamentalmente presupuestales y hasta los intereses personales; y destaca la asimetría de los currículos de las diferentes universidades e incluso entre especialidades de una misma universidad en diferentes sedes hospitalarias, así como la ausencia de registro de los especialistas egresados.

Aun cuando el epígrafe es normas básicas, el Decreto Supremo es fundamentalmente un reglamento de organización y funciones que en dos capítulos y 20 artículos señala los fines, objetivos y funciones del sistema. Llama la atención que no hace referencia alguna al decreto supremo original, el 659 del año '76, que como todos sabemos fue el que inició el sistema.

Por otro lado, reduce la estructura a un Comité Nacional y comités hospitalarios, asignándoles funciones específicas que garanticen la formación de especialistas en los mejores niveles de calidad y de acuerdo a las reales necesidades y posibilidades del país, brindando al alumno un conocimiento integral de la realidad nacional con particular énfasis en lo referente a su especialidad y destacando una profunda disposición de servicio a la comunidad.

Dispone la rotación de la presidencia en forma anual entre el presidente de ASPEFAM y el director técnico de recursos humanos del MINSA. El primero ha sido sustituido, en el cambio de estructura, por el director

de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Puntualiza, además, en su artículo decimotercero, inciso j, la prerrogativa del Comité Nacional de establecer el número de vacantes en las diferentes especialidades y da prioridad a los campos clínicos de acuerdo a las necesidades del país, realizando la distribución correspondiente entre las facultades de medicina que tienen programas de segunda especialización en medicina humana.

En el último artículo fija la revisión cada cuatro años. Sin embargo, han transcurrido trece años y no se ha revisado, pudiéndose inferir que la variación de las estructuras organizacionales en un mundo altamente cambiante, hace necesaria su adecuación y reestructuración, tarea que emprendimos al asumir la presidencia en el año 1999.

IX.- RESOLUCIÓN SUPREMA 009-88-SA

El reglamento reitera una improcedencia conceptual en un sistema que por definición debe ordenar y garantizar la ejecución de normas sin excepción, la formación de especialistas es un proceso de alta complejidad que requiere una selección idónea, la que va a permitir el logro de los objetivos educacionales y garantizar como producto final un médico especialista con las competencias adecuadas y similares en cualquier universidad o sede hospitalaria. La teoría organizacional moderna privilegia el recurso humano desde su selección hasta su inserción en el ámbito laboral, utilizando recursos educacionales que exacerban la equidad en la metodología; por lo tanto, excluyen explícitamente cualquier privilegio para los postulantes a una misma especialidad. Todos los alumnos (médicos residentes) ingresan al sistema en un proceso único a nivel nacional que no debe excluir a ningún grupo ubicándolo en subestándares, perjudicando todo el esfuerzo del sistema. Por lo expuesto, sustento la necesidad de eliminar las llamadas “vacantes cautivas”, que no se condicen con el esfuerzo por un ordenamiento y la búsqueda de la garantía de calidad del egresado.

El tema de la bonificación adicional lo comentaré a propósito del Serums, por las connotaciones controversiales ante la ambigüedad de la reglamentación que posibilita equívocas interpretaciones en perjuicio o beneficio no equitativo.

Aporte meritorio es la incorporación de un trabajo de investigación

que ejerza un efecto retroalimentador en la formación científica del alumno, aspecto que declinó sensiblemente al suprimirse la obligatoriedad de la tesis de bachiller como requisito para ser médico cirujano, funesto precedente que debe restituirse en beneficio del desarrollo de la medicina nacional.

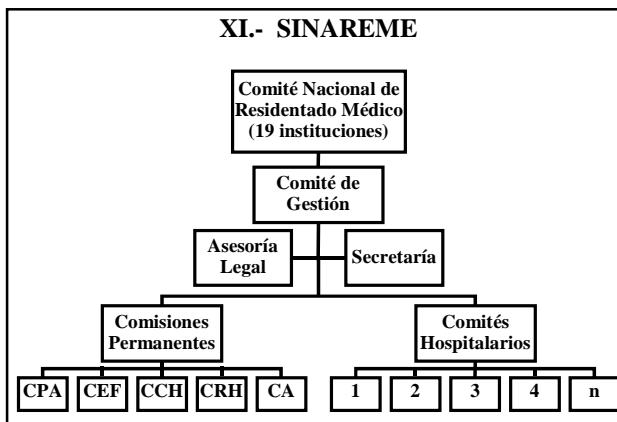
Hecho a considerar por las implicancias futuras es la obligatoriedad de un año de servicio obligatorio como lo señala el artículo 27 que nunca se ha cumplido y que debe reevaluarse en función de las necesidades del país, y sin perder de vista el déficit en la capacitación y desarrollo que implica alejarse de la capital y que puede ser suplido con medidas creativas o con la prelación en esta asignación; por ejemplo, y sólo a manera de reflexión, podría iniciar la carrera pública en establecimientos de primer nivel, luego de un año accedería a los de segundo nivel, al tercer año a los de tercer nivel y luego, por concurso público, a los de máximo nivel de complejidad de acuerdo a disponibilidad de vacantes.

X.- DS 005-97 SERUMS

Loable intención en contexto diferente es la consideración del servicio marginal y urbano-rural en salud, secuela del servicio civil de graduandos, como un premio para algunos postulantes a puestos públicos. Lo enrevesado de la reglamentación que comento, tiene tantos sesgos como los jurados se los puedan imaginar, y por ende da lugar a múltiples interpretaciones que benefician a unos y perjudican notablemente a otros. Como es conocido por todos, desde su concepción, este servicio obligatorio para quienes ejercen la profesión en el Perú no es equitativo, pues un alto porcentaje de vacantes ofertadas no son remuneradas, estableciendo una primera diferencia notable. Luego, la existencia de equivalentes es también otra distorsión del sistema que se refleja en las puntuaciones que unos reúnen y que a otros postulantes no se les asigna. Hecho singular es la asignación del máximo de puntuación a los establecimientos de las fuerzas armadas con argumentos discutibles. Espero que este breve comentario sirva para motivar a todos los participantes en el sistema para abrir un debate en el cual se consideren las ventajas y desventajas del Serums, y su reflejo negativo en los concursos públicos mientras no se modifiquen las condiciones en que se desarrolla, tarea que sobrepasa el ámbito del Comité Nacional.

XI.- SINAREME: 19 INSTITUCIONES

El organigrama estructural es una propuesta de cambio para la estructura del Sinareme que ha sido analizada en varias oportunidades por el Conareme. Ha alcanzado un nivel de consenso que, seguramente, luego del taller que se realizará mañana, se enriquecerá facilitando la tarea de los directivos al contar con instrumentos realistas y adecuados a las necesidades de los cambios acelerados que actualmente vivimos.



Preserva la participación de todas las instituciones en la cúspide del sistema, recogiendo lo positivo de estos veinticinco años de vigencia institucional. Así mismo, incorpora un comité de gestión, estructura obligatoria en cualquier empresa de éxito, pues una reunión de 20 personas no puede darle el dinamismo y la fluidez del trabajo académico-administrativo que el sistema requiere. Los detalles de la composición del comité están referidos al perfil necesario de integrantes de un comité de gestión; para el caso, especialista académico, administrativo, financiero, jurídico, entre otros.

La necesidad del funcionamiento orgánico de los comités hospitalarios también se destaca en esta propuesta y se incorporan comisiones permanentes, las cuales en la práctica están en funcionamiento regular en el sistema actual y sólo se les daría el reconocimiento legal en función del éxito alcanzado en su participación. Me refiero a la comisión permanente de admisión, la comisión de estándares mínimos de formación, la comisión de coordinación y monitoreo de comités hospitalarios, la comisión de

recursos humanos y la comisión de acreditación de programas y sedes docentes (ver cuadro anterior, en siglas).

XII.- SINAREME: PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

Las normas básicas a que se refiere el D. S. 008 se simplifican en la propuesta de organización y funciones del Sinareme sobre la base de una estructura organizacional moderna, sustentada en el análisis que hemos desarrollado hasta la fecha y que, como reitero, es producto de un trabajo consensuado y ejemplarmente participativo, pues no podría señalar cual es la institución que ha tenido más ni cual ha tenido menos participación. Todas han provisto lo mejor de sus recursos humanos y su información en beneficio de construir una nueva estructura funcional y que aproveche toda la experiencia acumulada.

XII.- Propuesta: Organización y Funciones

- A. SINAREME: garantía de calidad de la formación de los alumnos de los PSEMH.
- B. CONAREME: evalúa, acredita, supervisa, monitorea la formación en las sedes docentes.
- C. Comité Gestión: Planea, Organiza, Integra, Dirige, Controla, Retroalimenta.

El sistema es el ente rector y el que garantiza la calidad de la formación del futuro especialista, fin primordial del sistema. El Conareme se encarga de evaluar, acreditar, supervisar y monitorear la formación en las sedes docentes a través de sus comisiones permanentes o de las que considere necesario. El Comité de Gestión planea, organiza, integra, dirige, controla y retroalimenta las acciones del sistema bajo la dependencia del Conareme. Esta propuesta funcional simplifica la estructura, otorga fluidez a los trámites y cumple cabalmente con las funciones del sistema.

XIII.- CONAREME : 19 miembros

El Conareme estaría conformado por las diez universidades con programas de segunda especialización debidamente acreditados; por los órganos efectores o los que proveen los campos clínicos, el Ministerio de Salud, el seguro social, las sanidades de las fuerzas armadas y policiales; y las instituciones representativas: el Colegio

Médico, Aspefam y la Asociación Nacional de Médicos Residentes.

La representación multiinstitucional ratifica la organicidad del sistema y hace fluida la interrelación, al mismo tiempo que sirve para una mejor coordinación y ejecución de las medidas propuestas.

XIV.- COMITÉS HOSPITALARIOS: INTEGRANTES

Se propone una nueva estructura de los comités hospitalarios, más dinámica y funcional, con menos integrantes para garantizar su operatividad y el cumplimiento de las funciones que le son encomendadas. Presidido por el director del hospital, lo integran los representantes de cada una de las universidades que desarrollan programas de segunda especialización en dicha sede, el responsable de capacitación, un representante de los alumnos y un representante del Colegio Médico.

El Comité Hospitalario coordina con las universidades y el Conareme, planifica las actividades intrahospitalarias, mantiene actualizado el sistema de información, resuelve la problemática en primera instancia, de lo contrario lo remite al Conareme, y garantiza el normal desarrollo de los programas universitarios.

XV.- COMISIÓN DE ADMISIÓN

A continuación reseñaré brevemente las funciones de las cinco comisiones permanentes propuestas. La Comisión de Admisión se encarga de todos los aspectos relacionados con el proceso anual de admisión al sistema y está integrada por los representantes de Aspefam, Minsa, Seguro Social, sanidades y Colegio Médico; su misión es planificar el concurso anual, proponer el cuadro anual de vacantes a nivel nacional, con la información y recomendaciones de la comisión de recursos humanos; además, adecúa, diseña y propone las normas para el mejor cumplimiento de sus funciones, considerando las variables de la tecnología educativa y el proceso siempre cambiante de evaluación a la luz de las modernas teorías educacionales; y por último, mantiene un adecuado sistema de información gerencial que le permita el logro cabal de sus funciones.

XVI.- COMISIÓN DE ESTÁNDARES DE FORMACIÓN

Una experiencia gratificante para el sistema es el trabajo de la comisión

encargada de diseñar los estándares mínimos de formación que ha logrado en el período de vigencia, un avance significativo en la consolidación de los estándares mínimos de formación para todas las especialidades que oferta el sistema, compatibilizando la experiencia internacional, la nacional y la singular de profesores, directivos y alumnos. Como un adelanto de este trabajo, se ha culminado la propuesta de estándares mínimos de formación en ginecoobstetricia, a la que seguirán los de todas las especialidades que oferta el sistema. Este trabajo inédito para Latinoamérica constituye un hito imperecedero que, perfectible como todas las acciones humanas, nos servirá para homogenizar la formación y cumplir con el postulado de una formación similar a nivel nacional en todas y cada una de las especialidades, con lo cual damos cuentas a la sociedad de la garantía de calidad del especialista egresado del sistema.

La comisión incorpora a todos los actores principales del sistema, y con la participación de asesores pedagógicos instaura una nueva metodología de trabajo altamente participativo, pues para cada especialidad se ha realizado un seminario taller, las conclusiones han sido enviadas a las unidades de posgrado, han opinado las sociedades especializadas, los alumnos y finalmente la comisión, con los insumos producidos, ha realizado el consolidado final que aprobado por el Conareme, entrará en vigencia a nivel nacional el próximo año.

XVII.-COMISIÓN DE MONITOREO DE COMITÉS HOSPITALARIOS

Con el antecedente del asincrónico funcionamiento de los comités hospitalarios, y rescatando la trascendental importancia que tienen en el desarrollo de la formación, se propone su reestructuración, como comenté anteriormente; pero, cumpliendo una norma en la administración moderna, se incorpora la supervisión y monitoreo como garantía de funcionamiento eficiente. La comisión será responsable del seguimiento, evaluación y monitoreo de los comités hospitalarios, mantendrá un sistema de información gerencial y resolverá en primera instancia la problemática de éstos, trasladando al Conareme sólo lo que supere el ámbito de su competencia. Con ello, se cumple otro de los postulados básicos de una organización eficiente, cual es la delegación de funciones.

XVIII.-COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La Comisión de Recursos Humanos, cumple un papel estratégico en la planificación y desarrollo de cualquier organización y constituye en el momento actual, un punto débil en las instituciones estatales a nivel nacional. Reflejo de ello es la falta de información sobre la demanda de especialistas, las bases de la oferta, la ubicación laboral actual y futura, el perfil del especialista que se necesita, el seguimiento del ejercicio de la especialidad, las necesidades de capacitación al culminar el ciclo de especialización, etc.

Todas estas variables deben ser abordadas técnicamente por la Comisión de Recursos Humanos que propone el actual Conareme.

XIX.- COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS Y SEDES DOCENTES

Desde los albores del desarrollo del sistema, ha sido preocupación de las universidades el garantizar que los campos clínicos asignados cumplieran con los mínimos indispensables de idoneidad para tal fin. Esta preocupación se vio desbordada por el crecimiento irracional de facultades de medicina, y por ende de programas de segunda especialización en medicina humana, que hicieron habilitar sedes docentes que no disponen del número de especialistas, número de procedimientos o tecnología mínima para garantizar la formación. Esta realidad, que no es exclusiva de nuestro país, se supera fácilmente a nivel internacional, con la propuesta metodológica hecha por Abraham Flexner en 1910 y contenida en el reporte Flexner, que establece la acreditación como eje fundamental para la supervivencia de una institución educativa.

Con esa premisa, el Conareme esbozó un trabajo que amerita ser reformulado, pues se vio influenciado por el proceso de acreditación de hospitales que impulsara el Minsa y que por diferentes motivos no avanzara en la progresión deseada.

XX.- REGLAMENTO DEL SINAREME

Como complemento de la estructura y funciones del Sinareme, es necesario incorporar un reglamento que básicamente incluya el concurso de admisión, los deberes y derechos de los alumnos y de las instituciones que integran el sistema, simplificando de esta manera la normatividad y de esa forma asegurando que funcione a plenitud; todo

ello aprovechando la experiencia de estos veinticinco años de vigencia ininterrumpida y prolífica del Comité.

XXI.- PARADIGMAS DEL SINAREME

Es destacable el esfuerzo de participación activa de todas las instituciones en el sistema, trabajo en equipo que ha devenido por el esfuerzo de sus representantes en base a un interés colectivo de supervivencia y desarrollo, preservando la calidad de la formación.

El compartir objetivos y no competir por espacios inmóviles, contribuyendo a una adecuada integración, supliendo deficiencias y fortaleciendo las instituciones y los procesos, ha sido una constante con matices en el período que me ha tocado comentar.

XXI.- Paradigmas del SINAREME

- A. Confianza y respeto por la comunidad.**
- B. Objetivos compartidos.**
- C. Adecuada integración.**
- D. Retroinformación relevante.**
- E. Liderazgo efectivo.**
- F. Enfoque multidisciplinario flexible y sistémico.**

Tal vez una debilidad que está próxima a superarse es la falta de información consistente respecto a los recursos humanos. El Colegio Médico ha avanzado notablemente en construir esta base de datos que ha sido expuesta públicamente. Así mismo, el observatorio regional de recursos humanos, en el cual participara cuando se inició, constituye una iniciativa digna de apoyar por sus innegables ventajas en cualquier proyecto del Sinareme.

XXII.-PROPUESTA DE AGENDA

Profundos y vertiginosos cambios afectan el desarrollo histórico. La globalización que experimentan la cultura, la economía y la educación, para incluir sólo las actividades humanas de mayor influencia en el ejercicio profesional, generan espacios y oportunidades para nuevos enfoques. En ello se inscribe una propuesta de agenda que contemple, por ejemplo, la renovación de la normatividad con los alcances señalados; reevaluar la pertinencia y/o adecuación del Serums; la

ponderación del examen de selección, otorgándole un mayor peso al curriculum acumulado como alumno de pregrado; la opción de incorporación del egresado a la carrera pública, aprovechándolo para disponer de recursos humanos calificados en establecimientos de menor complejidad y estimulando la competencia para acceder a los de mayor complejidad; y pasando por la definición y puesta en vigencia de un solo nombre válido para cada especialidad y acreditando orgánicamente las diferentes sedes docentes.

XXII.- SINAREME: Propuesta de Agenda

- A. Renovación de normatividad.**
- B. Valor del SERUMS.**
- C. Ponderación del Examen y Curriculum (como alumno).**
- D. "Plazas Cautivas".**
- E. Inicio de Carrera Pública.**
- F. Nombre de Especialidades.**

Por razones de tiempo asignado he omitido los nombres de los responsables del Conareme desde su instalación; sin embargo, dos profesores que participaron activamente en las últimas décadas –hoy fallecidos– fueron Arnoldo Medina Díaz y Leonidas Delgado Butrón, a quienes mantenemos presentes en el recuerdo.

Al concluir, agradezco a los miembros del Conareme por su deferencia al permitirme compartir unas reflexiones a propósito de una revisión histórica en esta celebración de los veinticinco años de vida institucional, y ratificar mi compromiso con el desarrollo de la educación médica en el país.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO - EE.UU. -

Lic. SANDRA L. DÍAZ DE CASTILLO
Representante de ACGME
Estados Unidos de Norteamérica

Buenas noches estimados colegas. Es un gran placer compartir con ustedes y participar de la celebración de su aniversario. El Director Ejecutivo de la Acreditación de ACGME, el Dr. David Leach, les envía un caluroso saludo y está muy contento de que podamos colaborar con su organización. En esta disertación hablaremos de nuestra experiencia en los Estados Unidos con la formación de médicos especialistas. Vamos a esbozar un resumen de la

Educación Médica en E.E.U.U.

- **12 años de escuela primaria y secundaria**
- **4 años de colegio o universidad**
- **4 años de estudios médicos**
- **3 a 7 años de residentado médico**
- **Educación médica continua**

educación médica en los Estados Unidos, sus organizaciones reguladoras, el Consejo de Acreditación (ACGME) y su misión, metas, organización y alcances. También vamos a ver un poco del proceso de acreditación en los Estados Unidos.

Para lograr ser médico en los Estados Unidos se necesita completar doce años de escuela primaria y secundaria, cuatro años de colegio o universidad, cuatro años de estudios médicos y de tres a siete años de posgrado.

También se le exige a todos los médicos que presenten cursos o talleres de educación médica continua, para poder mantenerse al día en lo que está aconteciendo en su área de especialidad.


Organizaciones Regulatorias

- **JCAHO** – Acreditación de hospitales
- **ABMS** – Certificación de médicos
- **FSMB** – Licenciatura de médicos
- **ACGME** – Acreditación de programas de formación de médicos especialistas
- **ACCME** – Acreditación de educación médica continua

En Estados Unidos tenemos varias organizaciones que regulan la práctica médica para el beneficio del público. Entre ellas tenemos a JCAHO, o la Comisión de Acreditación de Hospitales y de cualquier clínica en los Estados Unidos; la Junta de Certificación de Médicos; la Licenciatura de Médicos, que es una federación; ACGME, de la cual vamos a hablar ésta noche; y el Consejo de Acreditación de Formación Médica Continua.

La regulación de la profesión médica en los Estados Unidos comenzó alrededor del 1910 cuando un grupo de oftalmólogos estableció el criterio necesario para determinar quién podría ser médico oftalmólogo y quién no. Así comenzaron la Primera Junta de Certificación para Médicos y para el 1936 todas las Juntas de Especialidades habían sido establecidas. Luego se encontró que los residentes médicos no estaban obteniendo buenos resultados cuando presentaban el examen de certificación. Así que alrededor de 1950 se establecen nuevos criterios para los programas de posgrado con el fin de mejorar la educación de los médicos en formación y así los resultados de los exámenes. Como resultado, para el 1956 se formaron las Juntas de Acreditación de Residencia Médico para todas las especialidades.

En los años '80, los hospitales manifestaron que era esencial y necesario tener alguna organización que coordinara las actividades de estos grupos, y en 1981 se estableció lo que conocemos hoy en día como ACGME.



Metas

- Establecer estándares mínimos para la educación médica graduada
- Evaluar los programas en luz de los estándares
- Usar y promover métodos efectivos para la evaluación
- Mejorar los procesos y métodos de educación
- Ser justo, ético y válido en la evaluación de programas

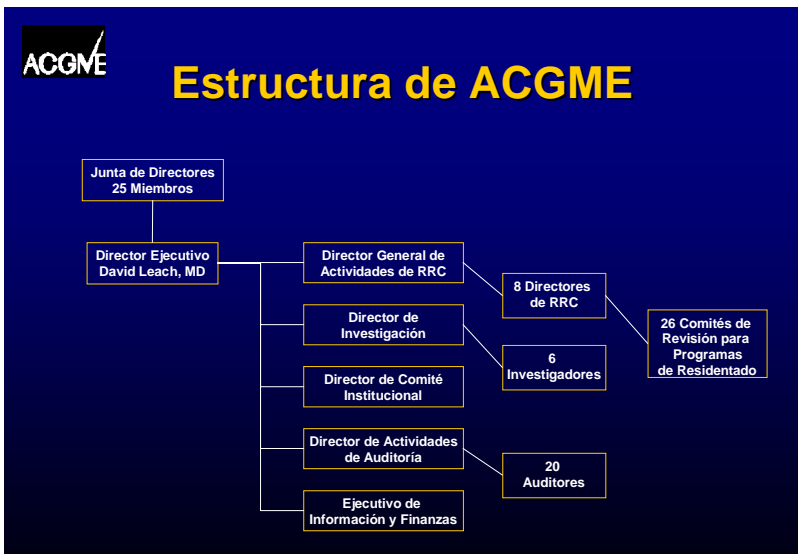
Debo, recalcar que todo este sistema de regulación en los Estados Unidos fue desarrollado como una demanda de la profesión para la seguridad pública y que el gobierno no tuvo ninguna injerencia con eso.

ACGME

La misión de ACGME es la de mejorar la calidad de la Salud Pública en los Estados Unidos, asegurando que los especialistas médicos en formación reciban una educación de alta calidad. Por esto, sus metas y responsabilidades son las de establecer estándares mínimos para cada programa de posgrado, para las sedes docentes o las instituciones que auspician los programas, y de usar o promover métodos efectivos para la evaluación de residentes. Por ejemplo, ACGME evalúa regularmente la cantidad de pacientes atendidos, el concepto de diagnóstico adecuado y los procedimientos disponibles en una institución, para asegurarse que el residente esté recibiendo la educación adecuada. Otra de sus metas es la de mejorar los conceptos y métodos de educación; para lograr esto en ACGME se está investigando cuáles son las mejores formas o métodos de aprendizaje para médicos adultos, para entonces tomar esos métodos y usarlos en las instituciones. Otra de las metas de ACGME es ser siempre justo, ético y válido en el área de la evaluación de programas.

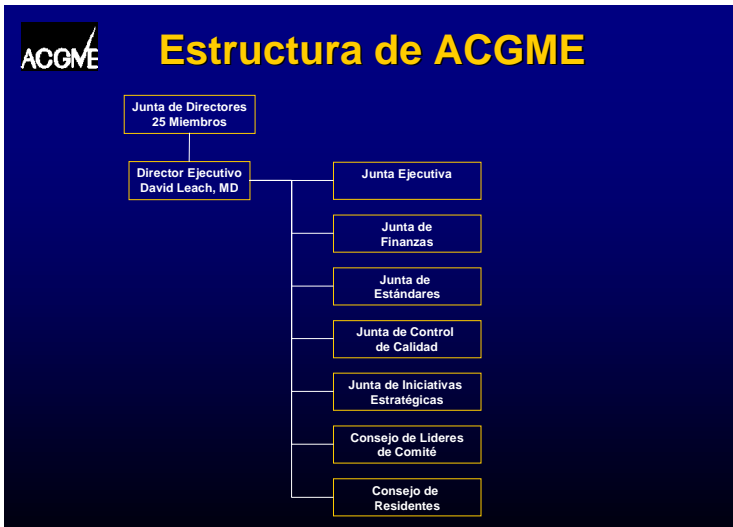
Estructura de ACGME

ACGME es una corporación sin fines de lucro, y tiene una junta de directores de 25 miembros. Estos 25 miembros vienen de cinco organizaciones médicas, incluyendo la Administración Médica Americana, la Asociación de Colegios, la Junta de Especialidades Médicas y las Sociedades Médicas. En la junta también participan un representante del público general y otro del gobierno sin voto. ACGME tiene diferentes departamentos que se encargan de los trabajos diarios de la organización; pero solamente voy a referirme a esos 26 comités de revisión para programas de residentado, que son los que se crearon en 1950 y adoptaron esta forma cuando se reorganizaron bajo ACGME.



Los comités de revisión son la vía práctica de trabajo. Son grupos pequeños de 6 a 15 colegas para cada especialidad, incluyendo a un miembro residente que tiene voz y voto. Estos comités son los que reciben la autoridad de acreditar los programas en Estados Unidos y son responsables de la creación de los estándares. La mayoría de los estándares ya están formados, aunque hay algunas subespecialidades que no los tienen. Si algún grupo quiere comenzar el proceso de acreditación para estas subespecialidades, la propuesta de estándares se origina en el comité que les asiste; luego

pasa a las cinco organizaciones que mencioné. A través de éstas organizaciones, los médicos interesados hacen sus comentarios y la propuesta de estándares regresa nuevamente donde un comité de ACGME para su revisión y aprobación final antes de ser publicada.



Es importante notar que ACGME tiene siete comités que regulan las actividades diarias de la organización; entre ellos, la Junta de Estándares es la que aprueba todos los estándares antes de que sean aceptados y publicados. La Junta de Control de Calidad evalúa las actividades de los comités de revisión para asegurarse de que sus decisiones sean justas, éticas y validas.

El alcance de ACGME

En este momento ACGME tiene 7,800 programas acreditados de formación de especialistas en todos los Estados Unidos. En estos programas hay alrededor de 100,000 residentes en formación distribuidos en 839 instituciones.

Proceso de acreditación

Cuando un director desea acreditar un programa tiene que presentar una solicitud a ACGME. En esta solicitud el director describe los métodos

generales de educación y adjunta información acerca de los procedimientos y pacientes disponibles en cada institución. Luego, un auditor visita el programa para corroborar la veracidad de la información en la solicitud por medio de reuniones con el personal docente, los residentes y la administración. Posteriormente, el auditor compone un reporte y lo envía al Comité de Revisión del Residencia Médico con sus observaciones. El comité revisa la solicitud del programa sometida por el director, la compara con el reporte del auditor y discute los resultados para luego dictaminar la acción que se le otorgará al programa.

Proceso de Acreditación

■ Evaluaciones incluyen:

- Proceso de evaluación de médicos en formación
- Proceso de evaluación facultad
- Proceso de evaluación programa
- Recursos disponibles en la institución
 - facultad
 - pacientes
 - servicio

Por cierto, deseo mencionar que en la solicitud se describe el proceso de evaluación de las facultades que va a propiciar que los residentes puedan informar si están aprendiendo, si la Facultad les está enseñando apropiadamente, y sugerir mejoras para el programa de residentes médicos en formación.

En la acreditación se evalúan los recursos disponibles en la institución, como por ejemplo, la cantidad de docentes disponibles (algunas especialidades requieren un docente por cada residente). También se evalúa el número de pacientes y camas disponibles, el servicio y transporte para pacientes, la estancia disponible para los residentes, los métodos de evaluación, etc.

Cuando el Comité se reúne hay una serie de acciones posibles: la primera es que se niegue la acreditación al programa, mencionándole que todavía no está acorde con los estándares y por ello no se le puede acreditar. La

segunda es que el Comité pueda darle una acreditación provisional. Esta acreditación usualmente se otorga a programas nuevos; por ejemplo, una de las últimas especialidades establecida fue la de Emergencias Médicas y todo programa diseñado obtuvo una acreditación provisional con un máximo de tres años. Para esto, el programa debía cumplir con ciertos requisitos establecidos.

Posibles Acciones

Acreditación:

- Negada
- Provisional
- Completa
- Contínua
- Condicional
- Retirada

Tiempo máximo de acreditación:
5 años

En la tercera y cuarta posibilidad, el Comité puede otorgar una acreditación completa o continua, lo cual prueba que el programa está al día con los estándares y los está cumpliendo cabalmente, con lo que puede continuar sus actividades completamente acreditado. La quinta acción es de otorgar una acreditación condicional, donde el programa debe mejorar ciertos aspectos. Finalmente, el Comité puede retirar la acreditación y terminar el programa; esto le ha ocurrido a algunos programas en los Estados Unidos. El tiempo máximo que un programa puede estar acreditado es de cinco años. El año pasado se evaluaron 2,100 programas y el ciclo promedio de acreditación fue de 3.7 años. Este ciclo se debe a que ACGME ha estado solicitando mayor cantidad de información después de la revisión por medio del Internet y de cartas.

Importancia de la acreditación en los Estados Unidos

La acreditación asegura a los estudiantes y al público que los programas proporcionan un mínimo nivel de calidad aceptable. Además, la acreditación

es necesaria para poder recibir ayuda financiera del Gobierno Federal de los Estados Unidos, quien provee cierta cantidad de dinero para las sedes docentes con programas acreditados por ACGME.

Para que un residente pueda obtener su certificación tiene que graduarse de un programa acreditado por ACGME. Lo mismo sucede para la licencia de práctica médica porque sin licencia el residente no puede practicar en los diferentes estados.

El futuro de la Acreditación

En los Estados Unidos están ocurriendo cambios bastantes drásticos con el proceso de acreditación. ACGME, junto a la comisión de certificación, han desarrollado seis competencias generales que todos los médicos de los Estados Unidos, independientemente de la especialidad, tienen que demostrar. Las competencias generales son el cuidado médico, conocimientos médicos, profesionalismo, evaluación y mejoramiento de la práctica, práctica en el contexto del sistema, y comunicación y enseñanza a sus compañeros y a los pacientes. Estas se establecieron para dar menor importancia al proceso de acreditación y mayor importancia a los resultados del programa.

Por ejemplo, ACGME está enfocándose en los resultados de los exámenes de certificación o "boards", en particular la cantidad de residentes por programa que pasa el examen en su primer esfuerzo.

Futuro de Acreditación

- **Desarrollo de 6 competencias generales**
- **Mayor enfoque en resultados visibles y menor importancia al proceso**
- **Interés en el encaje de la educación de formación de especialistas y la calidad de salud pública en los E.E.U.U.**
- **Colectar más información de programas por medio del Internet**

También ACGME está interesado en determinar cómo la regulación de especialistas en formación ayuda a mejorar la Salud Pública de los Estados Unidos. Por ejemplo, se está estudiando cómo los programas de formación de especialistas benefician al público.

Otra parte del control de la acreditación en los Estados Unidos es de recolectar mayor información a través del Internet. Por ejemplo, los residentes de cirugía general tienen que utilizar el Internet para reportar todos los procedimientos realizados con sus pacientes. ACGME recibe esta información mensualmente y así revisa la cantidad de procedimientos hechos por los residentes al año.

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO - MEXICO -

DR. JOSE EDUARDO SAN ESTEBAN

Representante de México, Profesor de Clínicas
Médicas de la Universidad Autónoma de México

Buenas noches tengan todos Uds. Es para mí un honor poder compartir ustedes esta problemática que comparten nuestros países en asunto tan delicado como es la formación de recursos humanos para la salud. Los 25 años también es un buen momento para detenerse, hacer una fiesta y revisar cuidadosamente lo que estamos haciendo y para qué lo estamos haciendo. Esta noche pretendo contribuir con algunas informaciones en general, con algunas opiniones y con algunas cifras para plantearles cuál es el estado de educación de posgrado en mi país.

En mi país estamos, al igual que ustedes, haciendo esfuerzos por mejorar nuestro sistema. Ahora tenemos un grupo que junta esfuerzos entre universidades y los gremios, que es una ventaja muy grande que Uds. han tenido aquí al asociar a los gremios, en especial al gremio médico, para que participen en todos estos procesos. Eso ha sido muy afortunado. Nosotros estamos haciendo algo parecido. Voy también a presentar un pequeño análisis de la situación de mi país desde este punto de vista demográfico, educativo y de salud, porque creo que es imposible decidir cuáles son los caminos que los estudios de posgrado de medicina o de la aprobación de recursos humanos en salud en cualquier nivel deben recibir, a no ser que entendamos perfectamente bien qué tipo de país tenemos, cuáles son las características que nos hacen singulares, y por cuáles no podemos compararnos con otros países y copiar los aciertos y errores de modelos de países diferentes a los nuestros. Esto es importante, pues, es precisamente derivado de la copia de un modelo que por años nosotros seguimos un determinado sistema de enseñanza que no era el adecuado, y hemos tenido que pagar con el tiempo un precio, que no sé muy bien si vamos a poder recuperar, que ha sido el equivocarnos en el tipo de formación, en el recurso que debíamos usar, y en cómo quisiéramos que se le de atención a la población. Finalmente, voy a hablar un par de minutos para redondear las cifras.

Creo que en mi país, y en éste también, la formación de recursos humanos es un evento que necesita de la interacción de estos dos sectores. Ni el sistema educativo está preparado para formar los recursos humanos en salud, ni el sistema de salud está preparado para formar médicos de manera integral. Se ha necesitado de esta interacción por mucho tiempo y va a seguir teniendo que ocurrir una muy cuidadosa interacción entre universidades y sistemas de salud para poder seguir adelante. En algunos países existen los hospitales universitarios. Estados Unidos es un buen ejemplo, hay muchos hospitales universitarios. Allí la situación es diferente, porque la universidad hace su programa, lo aplica y tiene todo el campo para hacer lo que requiera con sus programas. Cuando los hospitales no son universitarios, esto no se puede hacer porque dependen de un ministerio de salud o un sistema de salud, cualquiera que sea, con el que tienen que llegar a un acuerdo para que esto ocurra. La mayor parte de las veces los acuerdos han sido muy fáciles, pero también presentaron algunas aristas que vale la pena mencionar. Al tomarse las decisiones en conjunto a través de los dos sectores, el sector educativo y el sector salud, en donde los dos segmentos, el público y el privado, se van a encontrar, se evidencia una compleja problemática administrativa, logística, ética, política, económica y laboral.

Nosotros, al igual que ustedes, formamos nuestros recursos, en la primera época, de la manera que llamamos "informal". Uno se volvía cardiólogo yendo a ver al profesor que era cardiólogo, caminando detrás de él, deteniéndole el estetoscopio, prestándoselo para que oyera un paciente, después de que lo oía, le decía ahora acércate tú y escucha, y uno escuchaba y luego de hacer eso muchas veces, decían que ya, ahora eres un cardiólogo. Así es como se enseñó las especialidades, a diferencia de las licenciaturas que se enseñó acá de una manera muy organizada. Luego hubo una época de formalidad en la que la parte institucional y la parte tutorial jugaron un papel un poco más serio, se fue organizando de manera más importante. Y finalmente hemos llegado a la época del desarrollo, que consiste en que los programas académicos tienen que venir de las universidades, y para que alguien pudiera ser llamado especialista tiene que seguir un programa de estudios establecido. Entonces, ésta es una época de profesionalización de la enseñanza de los especialistas.

También debemos meditar sobre algunas cosas. Es deseable que la formación responda a una necesidad, y la necesidad puede ser de la sociedad, pero también puede ser de las instituciones. Es muy importante hacer esta diferencia, sobretodo en el posgrado, porque uno de los errores que nuestro sistema cometió es darle mayor importancia a las necesidades de las instituciones que a las necesidades de la sociedad. Por ejemplo, la sociedad tenía la necesidad de que sus mujeres fueran atendidas durante sus embarazos y sus partos, y por lo tanto se necesitaba proporcionarles atención obstétrica, y le daba igual que fueran médicos o no con tal que supieran atender partos. Ésa era la necesidad de la sociedad, pero muchas instituciones decidieron hacer este trabajo con especialistas en ginecología y obstetricia. Entonces, las instituciones dispusieron que tenía que haber muchos ginecólogos y muchos obstetras, y tuvieron que crear muchas plazas de obstetras para que ellos pudieran acceder a este punto. El resultado fue una explosión enorme de especialistas en obstetricia mientras que al mismo tiempo se comentaba que la mayor parte de los partos ocurrían en lugares donde los médicos no podían llegar. Y faltaba el punto intermedio. Esta respuesta a la necesidad de la sociedad indujo a las instituciones a crear sus propias necesidades. Ambas no encajaron y eso ha sido motivo de graves problemas.

Las instituciones deben de ser flexibles, deben relacionarse con la realidad específica y con la producción de nuevos conocimientos. Es, por lo tanto, muy deseable que los programas sean continuamente modificados, puesto que la velocidad con la que va cambiando el conocimiento es muy rápida, razón por la que la técnica se va modificando. En estos momentos la tecnología se ha desarrollado a tal grado que se convertido en una verdadera epidemia. Si nosotros revisamos algunas de las quejas, las más frecuentes son por acciones médicas inadecuadas, lo que podríamos llamar demandas que se producen porque los médicos actúan equivocadamente, y muchas de estas equivocaciones se derivan del uso inadecuado de la tecnología. Esto se ha convertido ya en una causa de enfermedad y una causa de muerte importante, porque hay muchas cosas nuevas que hay que aprender a hacer y no todos aprenden.

Finalmente, quedan estos puntos importantes comprendidos en la decisión de qué son, quiénes son, cuántos son, qué deben hacer, en dónde están o

deben estar y para qué sirven. Mientras no tengamos esto claro, en una cada de los recursos humanos que formamos, y podamos contestar a estas preguntas, estamos formando especialistas sin saber y por inercia, y jamás nos detenemos a pensar en dónde están y para qué los estamos usando.

Esto es lo que llamaban la planeación. En este momento, por lo menos en mi país y en este hermano país, tenemos el problema de saber cuántos cardiólogos intervencionistas se deben formar en los próximos diez años. Si alguno de ustedes conoce la respuesta para su país estaría dispuesto a oírlo en este momento, en este sitio de expertos. Bueno, muy pocos países de nuestro continente latinoamericano lo saben. Y si no sabemos cuántos debemos formar, estamos en problemas, porque va a formar más la institución que tenga más dinero para poner más puestos y va a poder pagar mejor, con lo que vamos a formar en exceso o en defecto.

Las condiciones que deberán determinar esta necesidad son las siguientes: qué país tenemos, cuáles son sus condiciones de salud, con qué contamos (pues no contamos con todos los recursos que otros países tienen), cuáles son nuestras necesidades y con qué programas vamos a trabajar. Me voy a detener en la situación de mi país, porque creo que es importante para entender este punto. México es un país que tiene hoy 100 millones de habitantes, en donde la población se ha urbanizado progresivamente. Hasta hace algunos años era una población básicamente rural, pero ahora se ha convertido en una población que tiene de tres de cada cuatro habitantes en zona urbana, con 200,000 localidades que tienen menos de 500 habitantes en el país, quienes también requieren de atención de salud. Ya se aprecia cuántos cardiólogos intervencionistas van a tener que ir a vivir a uno de estos sitios.

Por otro lado, hemos venido mejorando nuestra tasa de crecimiento anual, pero hemos venido aumentando nuestra población también. En los años '60 éramos 35 millones, hoy somos 100, y esperamos en el 2010, 112 millones. Y el reto, no lo digo como mera disculpa para nuestros pueblos y nuestros gobiernos, es lo complicado de darle atención de salud a una población que en cuarenta años se ha triplicado sin que nuestros ingresos se hallan triplicado igualmente. Esto no tiene visos de arreglarse prontamente, a pesar de que estamos bajando la tasa de crecimiento, aumentando la demanda cada vez más. Por otro lado, estamos viviendo

más. En el año 1940 la esperanza de vida de un mexicano era 41 años, actualmente es 74 años, que es una esperanza de vida muy similar a la de países con mayor desarrollo económico que el nuestro. Y esto se ha logrado fundamentalmente a base de reducir de manera muy importante la mortalidad perinatal y la mortalidad infantil. Esto quiere decir que nuestra población infantil ha venido disminuyendo de manera muy importante en los últimos treinta años y va a seguir disminuyendo. Y nuestra población por arriba de los 60 años va a ir aumentando. Para darles un ejemplo, ¿saben en mi país cual es la residencia con mayor demanda y en la que hay mayor número de residentes? Sí, pediatría. Estamos hoy formando especialistas para una población que cada vez los va a necesitar menos. Esto además de ginecólogos y obstetras que atenderán niños que ya no van a nacer. Por otro lado, ¿saben que especialistas no estamos formando? Sí, geriatras.

Al ver el contexto de este país, tratar de decir qué es lo que estamos haciendo resulta bastante poco estimulante. Las localidades muy marginadas constituyen el 63% y son localidades de menos de 100 habitantes, y hay entre 1000 y 2500 habitantes en comunidades altísimamente marginales. Compáren esto con la declaraciones políticas que circulan por el mundo planteando que México es la décima economía en el mundo, y donde lo único que puede ser cierto, y pareciera ser que las organizaciones internacionales aceptan esto, es la brutal, inverosímil, iniquidad de la distribución de la riqueza, en donde puede haber en el núcleo de población millonaria las riquezas más grandes del mundo, pero la mitad de las localidades tienen un grado de marginación que puede calificarse como muy alto.

¿Para quienes vamos a formar los recursos? Éste es un punto muy importante porque también tiene que ver con cómo vamos a formar los recursos y cuánto le vamos a dedicar a qué cuestiones. Además, en el año '90 se planteaba que el 28-30% de los médicos eran mujeres y el 70% hombres; pero para el año 2000, en las escuelas de medicina el 61% de los alumnos son mujeres y sólo el 39% son varones. Esto plantea también que para la práctica de la medicina de los años por venir va a tener que existir algún tipo de ajuste.

Según una distribución por disciplinas por todo el país, lo que más hay es contadores, lo segundo que más hay son médicos, luego hay abogados,

administradores y los que menos hay son profesionales de ciencias de la comunicación y cosas por el estilo. Pero medicina es una profesión que todo mundo quiere estudiar, pero además todo mundo quiere estudiar para ser un especialista. Esto es interesante porque los médicos actualmente dicen que no hay empleo, y se observa que el 20% realiza otras actividades. La mayor actividad que realizan las personas que son médicos y no trabajan, es quehaceres del hogar. Hay 112 hombres y 8645 mujeres, para dar un total de 8757 médicos, que declararon que no trabajaban; lo cual quiere decir que también la situación se va a poner complicada porque va a haber más mujeres en el sistema pero muchas de ellas no van a trabajar. La inversión que se haga en esto se debe poner en juego.

En cuanto a los remuneración, los médicos sólo ganan más que los especialistas en biomédica, que los físicos y los astrónomos, y que los matemáticos. Todos los demás ganan más dinero que los médicos. Pero el 60% de los estudiantes de Medicina realizan la carrera por la satisfacción personal, el 90% quiere ser especialista y menos del 2% pretender ejercer su profesión como médicos generales. Todos ellos aspiran a ser médicos especialistas, a seguir una residencia. El 90% de los estudiantes tiene interés en trabajar en instituciones públicas, con un empleo bien pagado y seguro, y el 88% tiene el deseo de trabajar en áreas clínicas y quirúrgicas en hospitales generales. Sólo 12% quiere trabajar en Salud Pública, o en la práctica privada o en algún otro arreglo. Todos quieren trabajar en los grandes hospitales como especialistas connotados como lo fueron sus maestros.

Ésta es la realidad de cómo tenemos que vivir este problema y es imposible pensar que podamos diferenciar las necesidades que tenemos del sistema de salud que estamos utilizando. En el Reino Unido hay un neurólogo por cada millón de habitantes (ésta es una cifra que ellos reportan) y en la ciudad de Washington hay 100 neurólogos por cada millón de habitantes; ahora bien, los habitantes de Londres y los habitantes de Washington reciben una magnífica atención neurológica. Entonces, ¿cuántos hacen falta? Uno por millón o cien por millón. Nosotros les copiamos a los norteamericanos y les copiamos muy devotamente por muchas décadas. Ellos establecieron el programa de residentado y todas estas cuestiones que a la larga hemos revisado. Y nosotros y muchos de mis colegas peruanos se fueron a

especializar a los Estados Unidos y regresaron a tratar de desarrollar su especialidad, y lo que todos los especialistas quieren es tener más residentes y formar sus residentes. Y pensamos que íbamos a formar especialistas para todas las áreas y fracasamos. Y fracasamos, es lo que hay que aceptar, de una manera escandalosa. Bueno, también los Estados Unidos fracasaron, ésta es una verdad que también hay que aceptar. Ellos ya se dieron cuenta de que fracasaron hace unos diez años y están cambiando todos sus programas para orientarlos hacia la formación de médicos generales pero no de especialistas. Pero a nosotros nos dejaron embarcados; claro, ellos no tienen la culpa, pero nosotros nos embarcamos en este programa y logramos que nuestros muchachos en noventa y tantos por ciento quiera ser un especialista, cuando lo que nos hace falta, por lo menos en mi país, y yo quisiera plantear que a lo mejor es así en el suyo también, son excelentes médicos generales que puedan atender y resolver el 90% de los problemas médicos en unos cuantos minutos y en la primera ocasión, y educar especialistas en el número adecuado para que realicen labores de segundo o tercer nivel y no tener especialistas de sobra. Por un lado promovemos que el parto debe ser atendido por parteras empíricas en las comunidades y por otro lado formamos ginecólogos que desde luego lo que quieren es trabajar en las Lomas de Chapultepec o en Miraflores o en San Isidro. No hay duda que ellos quieren tener su consultorio, no quieren irse lejos, y es que estudiaron mucho tiempo para ser ese tipo de médicos.

¿Cómo vamos a resolver esa problemática? ¿Cómo vamos a convencer a estos muchachos de que de ellos deben ser médicos generales buenos? En mi país hay 78 escuelas de medicina y 40 de ellas ofrecen cursos de posgrado, o sea no todas tienen cursos de posgrado. En México, la producción de médicos tuvo un pico a finales de los años setenta. Hubo una crisis cuando comenzamos a tener 12 mil a 13 mil médicos cada generación, hubo una huelga tremenda. Entonces se logró bajar la matrícula, pero ahora va para arriba otra vez, y se va a seguir para arriba porque nuestra profesión es una bellísima y adorable profesión, y los muchachos quieren estudiar medicina, como dicen, por razones personales; quieren ser ricos, quieren ser especialistas famosos, como sus maestros.

Nosotros damos estas modalidades de estudios de posgrado, pero el tipo de formación que más nos hace falta es precisamente el de educación

continua. Es mucho más importante dedicarle tiempo, dinero y esfuerzo a los cursos de educación continua que a los muchachos que están en formación o a los que se están formando como residentes. Porque estos son unos cuantos médicos, pero los de educación continua son todos y la velocidad con la que va cambiando la tecnología, la ciencia, la población, la epidemiología, obliga a que tengamos un excelente sistema de educación continua. Actualmente, a través de un examen, ofertamos 3500 puestos para 18,000 postulantes que pueden entrar a 17 especialidades de entrada directa, ofrecemos 75 especialidades en el país, las que pudimos bajar porque a principios de los años '90 había 140 especialidades. Tenemos 12,500 residentes que trabajan en 220 programas, 220 sedes y la duración de los programas es de 3 a 8 años. Esto quiere decir que cada año hay 15 médicos que están frustrados, sintiéndose que son malos, que son inútiles y que hacen algo que no es lo que quieren hacer, porque lo que ellos más desean es encontrar un lugar dentro de las residencias médicas para ser un especialista, porque nadie ha podido convencerlos, plantearles y exponerles que ser un buen médico general es tan o más importante que ser un buen especialista.

Hemos desarrollado la residencia de medicina familiar como una alternativa. Actualmente hay cursos en varias instituciones, logramos aumentar de 900 a 3000 en los últimos dos años, pero requerimos más. Si vamos a formar especialistas, lo que nos hace falta es probar esto. Y si formamos buenos médicos familiares, por ejemplo, podríamos reducir nuestra cuota de pediatras de manera importante, porque la mayor parte de las enfermedades pediátricas pueden ser vistas, tratadas y manejadas por los médicos familiares. Podríamos reducir nuestra cuota de ginecólogos de manera importante porque la mayor parte de los partos podrían ser atendidos por estos médicos familiares.

Tenemos unos cursos, un pequeño grupo de cursos, que los inventamos porque había muchas cosas pequeñas, sobre todo tecnológicas; por ejemplo, cirugía laparoscópica, debe ser una especialidad pero no lo es, ciertamente es una técnica de una especialidad para la cual podríamos quizás en un año abarcar a un mayor número de personas. Aquí la palabra clave es ver los cambios.

Por otro lado, hay otros cursos que requieren que se haya terminado la

especialidad. Son seleccionados y están dedicados a investigar, no son profesionalizantes, sino producen investigadores y docentes. Tenemos 12 cursos en 20 sedes, ahora son un poco más, con muy pocos alumnos cuando esto se hizo y duran un año. Esto es porque tenemos también un grupo de maestros y doctores que también es importante preparar. Estas personas no pasan por ningún examen, tienen acceso libre y entran por selección. Pertenecen a universidades, centros de educación superior y también institutos nacionales. Se seleccionan de acuerdo a las necesidades y abarcan las ciencias biomédicas, médicas y epidemiológicas. Son carreras largas que abarcan cuatro, cinco, ocho hasta 10 años, y aunque no están destinados a la profesionalización, también son estudios de posgrado.

En México, de las instituciones de salud en el país, el Seguro Social y la Secretaría de Salud tienen la mayor parte de ellos, casi o más del 80%. Y recientemente aparecen también los hospitales privados, que comienzan a jugar un papel importante. El Seguro Social en 10 años ha estado ofreciendo un número muy similar de plazas médicas: 1500 más o menos cada año. La mayor parte de especializaciones ocurren en lo que llamamos Secretaría de Salud y el Seguro Social. La mayor parte también nos formamos en tres ciudades: en la ciudad de México, en la ciudad de Guadalajara y en la ciudad de Monterrey. De los 13,532 residentes que había el año pasado, casi diez mil están en estas tres ciudades exclusivamente, lo cual concentra también el conocimiento, facilita la educación pero la hace más complicada. Parte del éxito de la educación debe estar la difusión, que se creen muchos lugares de donde puedan surgir muchas cosas novedosas.

Cada año, el número de especialistas que egresamos es 2500 a 4000. La mitad de ellos egresan del distrito federal, prácticamente la mitad está en una sola ciudad y trabajan la mayor parte para el seguro social. El mayor número de especialistas son pediatras, luego cirujanos generales, internistas y ortopedistas.

En el curso de medicina interna, a través de los años, el número de aspirantes fue aumentando, pero el número de plazas fue manteniéndose igual. Están egresando como quinientos médicos internistas cada año. Actualmente se ofertan 2500 plazas para pediatras y egresan 550 a 600 pediatras, y no todos tienen trabajo. Aunque varios de ellos no tienen trabajo institucional, la

medicina no es una profesión que podamos considerar desempleada, porque todo lo que uno tiene que hacer es poner un letrero en la puerta de su casa y decir yo soy médico. Es por eso que es muy difícil evaluar este desempleo, pero no habrá lugar en las instituciones para que ellos trabajen. Igual sucede con los ginecólogos, su número aumenta, pero las plazas se mantienen y los egresados también. Yo quisiera saber dónde van a poder trabajar estos 320 ginecólogos que salieron el año pasado. Y los cirujanos también están por el estilo. En genética médica, en el '92 produjimos 1, en el '95 uno igual. El año '99 se graduaron 5 genetistas contra 500 ginecólogos. Algo está mal, algo no estamos haciendo correctamente. En algo estamos haciendo las cosas al revés.

Creo que con esta base, va a ser muy difícil que en este país o en el mío logremos establecer una planeación adecuada para formar los recursos que necesitamos, en dónde los necesitamos y cómo los necesitamos. Ya paso la época en donde podíamos decir que ser especialista era ser mejor. Esto ya no es verdad, un buen médico puede ser un especialista o puede ser un médico general. Un buen médico tiene cabida en cualquier lado, y depende del sistema de atención que nosotros escojamos. Y para mí país, quiero recalcar esto, el único sistema que puede funcionar es el de tener un buen número de buenos médicos generales, un gran número de médicos generales, muy bien preparados, con una excelente educación médica, y un número reducido de especialistas, según se halla planeado. Dentro de las especialidades, que se defina quiénes deben ser, en dónde deben trabajar y qué se ha de estudiar, y no dejar esto más al libre mercado, pues esta visión de mercado que ahora está tan de moda, que está a la expectativa de todo mundo, pues modula la vida de todos, en los 20 últimos años nos ha metido en el enredo que espero podamos salir algún día.

Les agradezco otra vez. Buenas noches.

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO - BRASIL -

MSC. VERA LUCIA DE BEZERRA

Representante de Brasil

Quisiera expresar en primer lugar mi agradecimiento por estar con ustedes en este hermoso país y con un pueblo extremadamente amable.

Escuché atentamente las presentaciones de los representantes de Estados Unidos y México quienes mencionaron que no podíamos copiar modelos.

COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

Decreto n° 80281

*** Define las áreas básicas:**

- **Clínica Médica**
- **Cirugía General**
- **Pediatría**
- **Obstetricia y Ginecología**
- **Medicina Preventiva y Social**

Compartiendo con ellos este criterio, sin embargo, tenemos que reconocer que en gran parte los problemas son semejantes. Problemas como el no saber qué especialidades debemos ofrecer mas o cómo debemos evaluar a nuestro estudiantes.

Permítanme explicarles como está estructurada la residencia medica en el Brasil. Tenemos la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) que es parte del Ministerio de Educación, no del Ministerio de Salud. Aun cuando desde 1952 tenemos residencia medica en el Brasil, iniciándose en Río de Janeiro, es en 1977 que por Decreto N° 80281 se institucionalizó, desde el punto de vista gubernamental, la residencia medica. En este decreto fueron definidas las áreas básicas y las áreas especializadas.

Los programas de residencia médica serían equivalentes a cursos de especialización. Es decir, la residencia médica es un curso de especialización. Para que no hubiese duplicidad, la misma Ley señala que no se puede usar la expresión "residencia médica" para ningún otro

COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

Decreto nº 91364 de 21/06/85

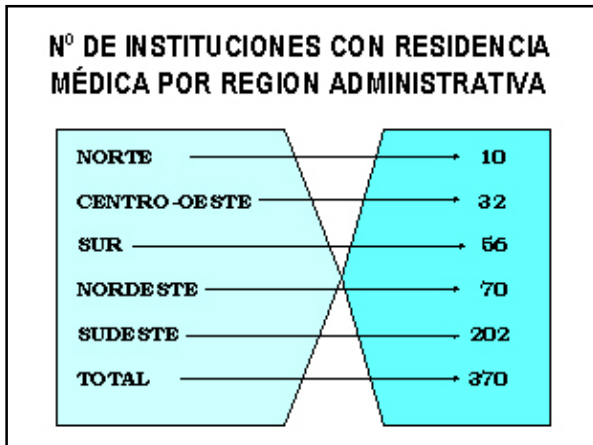
- **Cambia la composición de la CNRM (9 miembros)**
- **Presidente - Secretario de la SESu**
- **Secretaría Ejecutiva / Comisión de Enseñanza Médica de MEC**
- **Ministerio de Salud**
- **Ministerio de Previsión y Asistencia Social**
- **Consejo Federal de Medicina**
- **Asociación Brasileña de Escuelas Médicas**
- **Asociación Médica Brasileña**
- **Federación Nacional de Médicos**
- **Asociación Nacional de Médicos Residentes**

entrenamiento médico que no halla sido aprobado por la Comisión Nacional de Residencia Médica. Es decir, tienen que estar acreditadas tanto la institución como el programa por el Ministerio de Educación para poder ofrecer los programas de residencia médica.

Son nueve los miembros de la comisión, entre los cuales figura el presidente, quien es el Secretario de Estudios de Educación Superior; una Secretaría Ejecutiva, representante del Ministerio de Educación; representante del



Ministerio de Salud; del Ministerio de Previsión y Asistencia Social; el Consejo Federal de Medicina; la Asociación Brasileña de Escuelas de Medicina; la Asociación Médica Brasileña; la Federación Nacional de Médicos; y la Asociación Nacional de Médicos Residentes.



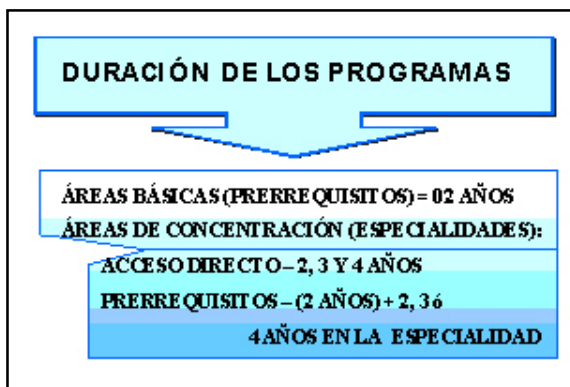
Además tenemos los coordinadores regionales, correspondientes a las cinco regiones geográficas. Finalmente, tenemos las Comisiones Estatales de Residencia Médica, en número de 25. Por lo tanto, hay una descentralización de la residencia médica.

El número de instituciones con residencia médica es muy diferente de una región a otra. Por un lado, tenemos en el sudeste 202 instituciones que ofrecen residencia médica (énfasis en que son instituciones y no programas); por otro lado, en la región norte tenemos apenas 10 instituciones. En total tenemos 370 instituciones ofreciendo programas de residencia médica, las cuales pueden ser federales como particulares. El Ministerio de Educación provee financiamiento para cuatro mil becas de residencia médica; las otras becas son estatales o privadas.

En cuanto al número de programas por regiones, nuevamente se hace evidente la diferencia por regiones. Así, en la región norte tenemos 36 programas con 181 residentes; por otro lado, en la región sudeste tenemos 1442 programas, con 11,514 residentes. En total, en Brasil tenemos 2303 programas con 17,216 residentes.

Actualmente tenemos 36 especialidades definidas y 24 en proceso de definición. Esto se produce porque la Asociación Médica Brasileña reconoce 55 especialidades y el Consejo Federal de Medicina reconoce 65 especialidades, las cuales inclusive no son siempre las mismas de la Asociación. Por lo tanto, tenemos un grave problema en la Comisión Nacional para certificar a los médicos residentes porque ellos pueden estar obteniendo un certificado que no está siendo plenamente reconocido. Este año estamos teniendo un seminario para unificar las especialidades médicas; esperamos unificar alrededor de 54 especialidades.

En relación a la residencia médica, ella funciona con 2880 horas, de las cuales 10% a 20% son actividades teóricas. El residente trabaja 60 horas por semana como máximo, con un día libre; en estas 60 horas están incluidas 24 horas de guardia. Cuarenta y ocho semanas de trabajo por año con



cuatro semanas de descanso.

El médico residente no puede trabajar solo en el hospital, él tiene que tener un supervisor tanto en las guardias como durante todo el tiempo que pase en el hospital. Es decir, la residencia médica es una forma de enseñanza bajo tutoría.

Los programas tienen duración de dos a cuatro años, y pueden tener los llamados años opcionales, que es aquel entrenamiento que hace un médico durante un año o más.

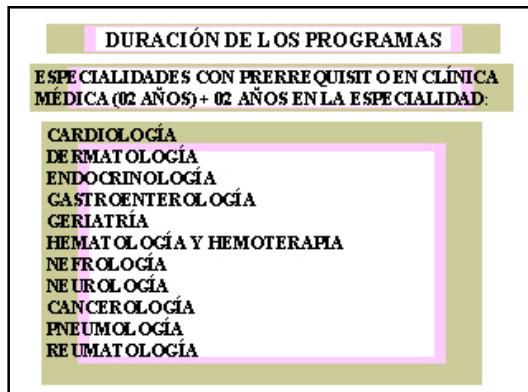
En relación a la duración de los programas, las áreas básicas pueden ser requisito para otras especialidades. Las especialidades de áreas básicas

tienen dos años de duración. El área de concentración de especialidades tienen tantos cursos que requieren prerequisites, así como hay otros que



no los requieren. En el caso de aquellos cursos que requieren prerequisites, el residente cursa los dos años del área básica. Los cursos del área de concentración de especialidades pueden durar de dos a cuatro años. En los siguientes cuadros se puede ver estos cursos:

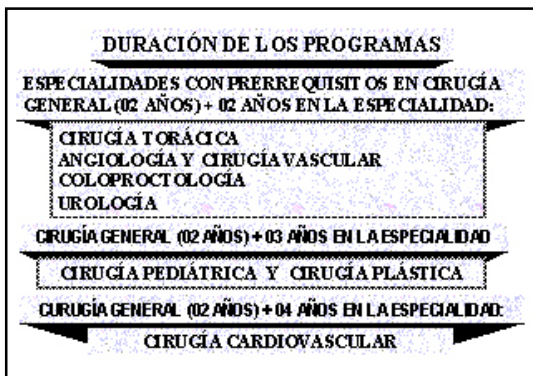
En aquel porcentaje de 10 a 20 por ciento tenemos una relación de cursos que son obligatorios.



Actualmente en Brasil, existiendo maestría y doctorado, es requisito para hacer este último el contar con maestría. Sin embargo, existe un proyecto para que el médico al final de su residencia médica pueda entrar directamente

al doctorado, sin necesidad de haber hecho la maestría, en la medida en que en la residencia médica halla llevado estos cursos obligatorios, que son los cursos que se hacen a su vez durante la maestría.

La beca por residencia médica fluctúa ahora en alrededor de 500 dólares.



Actualmente, nos encontramos en un proceso de cambio, incluyendo la definición del contenido programático de las especialidades. Sin embargo, ya se han hecho algunos cambios en el contenido de las especialidades. Este cambio ha durado aproximadamente cinco años, iniciándose con un



estudio de demanda en todas las universidades. Posteriormente, en un seminario con la participación de las sociedades científicas, establecimos los cambios.

En relación a nuestro número de residentes, pediatría está en primer lugar, luego clínica médica, después obstetricia y ginecología, y después cirugía general. Estas son las cuatro especialidades que tienen más médicos. En el caso de genética tenemos 46 médicos residentes.

Tuvimos dificultades en el programa de medicina de familia y comunidad porque no había incentivos para esta especialidad. El programa existía pero no había médicos que quisieran hacer residencia médica en esta especialidad. Desde hace dos años el gobierno está lanzando un Programa de Médico de Familia, y por el cual se está remunerando relativamente bien a quien desea ir a trabajar a ciudades del interior. Así, este año tuvimos algo sorprendente, varios programas pidieron su acreditación en Medicina de Familia y se ofrecieron varias vacantes demás, y para sorpresa nuestra fueron llenadas. Así, esta especialidad que durante mucho tiempo no lograba llenar sus vacantes, este año fueron plenamente llenadas. Hubo incentivo del gobierno, hubo salario y los postulantes se presentaron

Esto es lo que deseaba presentarles y les reitero mi agradecimiento por su gentil atención.

PREGUNTAS

Opinión sobre el examen único nacional.

Dra. Diaz

En Estados Unidos los exámenes que tienen que presentar son las tres partes del examen de licencia, conocido como el USMLE. La parte I y II de este se presentan usualmente durante los estudios del colegio de medicina. La parte III se presenta después del primer año de residency. Además de este no se necesita presentar exámenes específicos para admisión a los programas de formación. Este examen USMLE esta disponible por computadora y los estudiantes lo pueden tomar en cualquier momento.

Dr. San Esteban

Yo creo que los exámenes son malísimos, pero no hemos encontrado, y a mí no se me ocurre, un método mejor. Si pudiéramos hacer la selección de estos 3500 o de los que fueran por algún otro mecanismo que fuera confiable y fuera práctico, sería bueno. Eso de poner todo a un solo examen es complicado. Pero nosotros no hemos encontrado un camino mejor, que sea más justo y que sea más igualitario que hacerles el mismo examen a todos y ver qué es lo que responden. Creo que es malo pero a mí no se me ocurre nada mejor.

¿Cuál es la posición y actitud del Comité Nacional de Residencia Médico ante programas como el de neurocirugía de tan sólo 3 años cuando en el extranjero es de 7 u 8 años?

Dr. Paredes

El Comité Nacional de Residencia Médico, que está evaluando todo el Sistema, incluyendo programas, sedes, procesos y las normas legales, considera que hay ciertas especialidades que deben tener como requisito previo una especialidad general; por ejemplo, cirugía plástica reconstructiva, neurocirugía, cirugía de tórax y cardiovascular, y cirugía pediátrica. Pero el sistema que nosotros tenemos, por la forma como se nos otorga las plazas, no nos permite hacer las modificaciones. El Ministerio de Salud otorga las plazas por 3 años, no es un pago anual, sino es una plaza que tiene tres

años. Para yo poder tener una especialidad con 6 años, necesito ocupar 2 plazas; es decir, tengo que reducir el número de las plazas de ingreso. Las plazas que actualmente se manejan en el Ministerio de Salud, no voy a reportar más allá del año '88, no han variado, ni han aumentado ni han disminuido; por lo tanto, hacer ese cambio sería reducir el número de plazas que se otorguen para el nuevo ingreso. La otra opción, de que se tome a un especialista ya formado para que ingrese a estas especialidades, es difícil que un especialista que está en el mercado, que tiene un puesto de trabajo, que tiene actividad privada, pueda distraerse para esto, y meterse tres años más a hacer una especialidad, salvo que las instituciones en donde trabaja lo destaquen. Ésa es la razón. Sin embargo, el criterio del Comité es que esto debería ya cambiarse en algún momento.

¿No creen que tener una residencia en medicina familiar es aceptar la deficiente preparación de pregrado?

Dr. San Esteban

Les voy a contar por qué tenemos una residencia en Medicina Familiar. La mitad de la población mexicana recibe atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, que es una institución de seguridad social que se financia con tercios. Un tercio lo aportan los trabajadores, un tercio los patrones y un tercio el Gobierno. Ésta es una institución fuerte que le da atención médica a las principales centrales obreras de todo el país y a un total de 50 millones aproximadamente. Los sindicatos de trabajadores pusieron como requisito en su contrato colectivo de trabajo que ellos no podían ser atendidos simplemente por médicos generales. Tenían que ser atendidos por especialistas igual que todos los ricos. Entonces se inventó la residencia de Medicina Familiar. La otra parte es que la Medicina Familiar sí es importante, pero no en el concepto de ser otra Medicina General. No duplicando los estudios de la licenciatura sino convirtiéndose en verdaderamente una especialidad que aborde a la familia. Pero un médico familiar no puede, no debe ponerse a hacer lo que un médico general. Debe de hacer otro abordaje que implique mucho más atención al problema, ver problemas epidemiológicos y de salud pública, y cosas por el estilo.

Dra. Vera Lucía

¿Cuales son los requisitos para la especialidad de Medicina Legal en el Brasil?

En el Brasil esta especialidad no tiene prerrequisito, es de acceso directo. Y dura dos años. Sin embargo, está en el grupo de especialidades que está siendo definida este año. Ella es reconocida por el Consejo Federal de Medicina, pero no por la Asociación Médica Brasileña.

¿Cuales son los requisitos para que un médico general peruano se pueda especializar en Brasil?

A partir de este año, cualquier médico extranjero que desee hacer residencia médica en el Brasil tiene una única exigencia: revalidar su diploma en una universidad brasileña, lo cual es normalmente hecho a través de sistema de pruebas. Revalidado su título por una universidad brasileña, él podrá someterse a concurso de residencia médica.

¿En qué porcentaje se encuentran los médicos especialistas en los Estados Unidos?

Dra. Díaz

Desgraciadamente no tengo conmigo el porcentaje exacto, pero en 1995 el Comité de Educación de Posgrado del gobierno federal hizo un reportaje hablando del trabajo de los médicos en los Estados Unidos, y se concluyó que había muchos especialistas. Lugo el reporte, llamado Petersdorf del Gobierno Federal, que causo la eliminación de la subvención a muchas instituciones que estaban entrenando médicos especialistas, como neurólogos, psiquiatras, para tratar de aumentar el número de médicos generales en los Estados Unidos. Actualmente, se ha determinado que faltan especialistas, y se esta tratando de determinar qué cantidad de especialistas médicos se va a necesitar, no se ha definido todavía.

¿Qué recursos de información exigen para la acreditación de facultades?

Dra. Díaz

ACGME estableció algunos requisitos generales para todos los programas, pero todas las especialidades crean sus propios estándares. Sin embargo, a los docentes se les exige cierto que dediquen cierto tiempo específico a

la enseñanza de residentes en formación. Por ejemplo, a los docentes en Medicina Interna se les exige que le dediquen un mínimo de 20 horas semanales para la docencia a tiempo completo, también se le pide que hagan investigación. Entiendo que cuando vienen a revisar los programas se evalúa la cantidad de publicaciones y la cantidad de dinero recibida para hacer investigaciones. En particular, he visto programas que han recibido notas diciendo que sus facultades no están haciendo la suficiente investigación y que no están publicando lo suficiente, y es eso lo que se le exige en general a los profesores de medicina que están en programas acreditados.

¿Cuántas horas diarias trabajan los médicos residentes, 10 horas diarias, 12 horas o 24 horas?

Dr. San Esteban

En un día habitual trabajan desde las 8 de la mañana, a veces desde las 7, hasta las 5 de la tarde y hacen una guardia un día sí y dos no.

Dra. Díaz

En Estados Unidos éste es un punto de gran debate. Ahora mismo es tema de algunos reportes mostrados por el Instituto de Medicina ("To Err is Human" y "Crossing the Quality Chasm" que describen la magnitud de errores médicos en Estados Unidos. Actualmente, el público de los Estados Unidos esta a favor de limitar la cantidad de horas que los residentes trabajan a la semana. Hay algunos grupos que han comenzado con esto, por ejemplo, en Medicina Interna solamente pueden trabajar 80 horas a la semana, pero en en cirugía no hay limites y trabajan 120 horas a la semana, 100 horas a la semana dependiendo del trabajo; y pueden estar guardias cada otra noche. ACGME ha establecido un requisito de guardias de no menos de cada 3 noches, pero muchas veces no se cumple y los residentes se quedan 2 noches corridas; esto es algo en lo que ACGME está trabajando. El gobierno federal está casi por involucrarse en esto porque se ha determinado como un problema de seguridad publica y diferentes grupos políticos están exigiendo que se limite el número de horas que trabaje el residente.

Dr. San Esteban

En esto ha surgido un debate promovido por las organizaciones que tiene que ver con denuncias médicas y ética médica, pero no a favor del médico necesariamente, si no planteando que es antiético que un paciente sea puesto en las manos de una persona que lleva 24 horas sin dormir y que tiene que tomar decisiones grandes sobre su vida; y por lo tanto, para evitar que esto pase, que es una agresión a los pacientes, hay que modificar todo el criterio y no permitir que existan semejantes problemas.

Dra. Vera Lucia

¿Un residente en formación puede hacer guardias en emergencia fuera del programa?

En Brasil, la residencia médica no es a dedicación exclusiva. Si el médico residente cumple las 60 horas semanales, él puede hacer otras actividades, pero en ningún caso puede tener bajo su responsabilidad otros médicos residentes, o trabajar en algún servicio que tenga médicos residentes.

¿Existen vacantes para médicos extranjeros?

En Brasil, todos los médicos concursan en igualdad de condiciones. Se debe pasar un examen para la residencia medica. Al respecto quisiera señalar algunos números:

Tenemos 108 escuelas de medicina y formamos por año cerca de ocho mil médicos, y en el año 2001 ofrecimos cerca de 7000 vacantes. Así, es un gran numero que no logra ingresar a la residencia medica.

Existe una pregunta en relación a la propuesta de que los médicos integrales trabajen a nivel municipal y no para los gobiernos regionales.

En el Brasil tenemos los médicos que trabajan a nivel nacional, a nivel del gobierno, y a nivel del municipio. Así inclusive, en algunos casos los salarios a nivel municipal son mas altos que a nivel gubernamental o federal. Lo que sucede es que a veces la condiciones en las regiones no son buenas y aun ofreciendo salarios altos no se consiguen médicos que deseen trabajar en estas regiones.

DISCURSO DE ORDEN

25° Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico

Dr. LUIS CARAVEDO REYES

Presidente de CONAREME

Hacemos uso de la palabra, en nuestra doble condición de Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y del Comité Nacional de Residentado Médico. Veinticinco años después de formalizada la organización del sistema de formación de especialistas en el Perú, creímos nuestro deber hacer un alto en las actividades y mostrar a la comunidad académica y médica lo que hemos hecho en estos 25 años, reseña muy bien presentada por el Dr. José Piscocoya, ex Presidente de CONAREME. Igualmente, lo que pretendemos hacer con la brillante exposición de nuestros invitados internacionales, y con el concurso de ustedes y todas las instituciones a las que representan, es en beneficio de la educación médica peruana y en particular de la formación de médicos especialistas, tema central de estas palabras.

En principio, creemos que el Sistema Nacional de Residentado Médico, por sus objetivos, alcances, funciones e integrantes, representa la experiencia peruana más importante en el establecimiento de una cultura de corresponsabilidad, planificación y ejercicio democrático de la gestión entre las instituciones del sector salud.

OBJETIVOS

El Sistema Nacional de Residentado Médico es el responsable de la formación de médicos especialistas en el Perú, debiendo buscar el logro de niveles óptimos, tanto en el proceso formativo como en la prestación de servicios a través de una adecuada utilización de la infraestructura existente y de la aplicación actualizada del conocimiento médico-científico.

Los objetivos del Sistema Nacional de Residentado Médico son:

1. Garantizar que la formación especializada para médicos se desarrolle con los mejores niveles de calidad y de acuerdo a las reales

necesidades y posibilidades del país

2. Brindar al Médico Residente un conocimiento integral de la realidad nacional con particular énfasis en lo referente a su especialidad; promoviendo en el profesional una disposición de servicio a la comunidad.
3. Desarrollar en el Médico Residente una voluntad de continuo perfeccionamiento de sus competencias: conocimientos, destrezas y actitudes.
4. El Sistema Nacional de Residentado Médico promueve que tanto las instituciones del Sector Salud como las entidades formadoras compartan responsabilidades y planifiquen el uso racional y óptimo de los recursos de ambas.

Integrantes

El Sistema Nacional de Residentado Médico está integrado por las siguientes instituciones:

1. Universidades con estudios de Segunda Especialización en Medicina Humana.
2. Instituciones del Sector Salud: Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y entidades privadas que tengan convenio con la Universidad.
3. Instituciones representativas: Colegio Médico del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina (Aspefam) y médicos residentes.

El Comité Nacional de Residentado Médico es el máximo organismo del Sistema Nacional de Residentado Médico, y ha desarrollado su trabajo en el marco de los acuerdos adoptados en el Seminario Nacional de Planificación Estratégica realizado en noviembre de 1999. Este evento estableció los consensos mínimos en términos de visión, misión y líneas de acción estratégicas, desarrollados desde entonces. Así, nuestros ejes de trabajo se centran en:

1. Garantizar la calidad en la formación profesional, a través del establecimiento de estándares mínimos de formación, y la

acreditación de programas y sedes docentes.

2. Procesos de selección justos, objetivos, adecuados y transparentes.
3. Fortalecimiento institucional del Conareme.

Estructuración de una propuesta de normativa legal, que recoja la experiencia e incorpore las perspectivas de la formación del médico especialista en el nuevo escenario de ejercicio de la medicina.

En este marco amplio de trabajo se promueve la participación y el consenso entre las instituciones formadoras de especialistas médicos y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

A partir de estos lineamientos, el Comité Nacional de Residentado Médico desarrolla las siguientes acciones:

Calidad en la formación Profesional

Desarrollo de Estándares Mínimos de Formación

- El Comité Nacional ha elaborado un modelo general a seguir, el cual incorpora competencias, objetivos y logros mínimos que deben ser alcanzados por los médicos residentes durante su formación. Aspiramos y procuraremos que cualquier médico residente tenga garantizada una formación de calidad independientemente del lugar de formación.
- El Comité Nacional de Residentado Médico desea presentar ante todos ustedes los Estándares Mínimos de Formación para los Programas de Segunda Especialización en Ginecología y Obstetricia, producto del consenso y trabajo del conjunto de las instituciones del Sistema, y las cuales pasan a ser de cumplimiento obligatorio para todas los programas a nivel nacional. Así, deseo entregar esta publicación al Sr. Ministro de Salud, como testimonio de la participación y compromiso de todas las instituciones del Sistema en pro de la calidad de la formación de especialistas en medicina.
- Próximamente entregaremos a la comunidad médica-académica los estándares correspondientes a las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Anestesiología, y Ortopedia y Traumatología, las cuales prácticamente se encuentran en su versión final.

- Igualmente, venimos avanzando de manera importante en las siguientes 14 especialidades: Administración y Gestión en Salud, Adolescentología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Gastroenterología Pediátrica, Genética Médica, Medicina de Emergencias y Desastres, Medicina Intensiva Pediátrica, Medicina Legal, Neumología Pediátrica, Patología Oncológica, Psiquiatría de Niños y Adolescentes, y Radioterapia.
- Por otro lado, informamos a todos ustedes que en los próximos meses se convocará a los Talleres Nacionales para elaborar los Estándares Mínimos de Formación para las especialidades de Dermatología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Intensiva, Nefrología, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Neonatología, Neumología, Endocrinología Pediátrica, Neurología, Oftalmología y Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Patología Clínica, Endocrinología, Psiquiatría, Oncología Médica, Oncología Quirúrgica, Reumatología, Neurocirugía, Medicina Física y Rehabilitación.
- En estas especialidades, el proceso de estructuración de las propuestas ha involucrado una revisión sistemática de referencias académicas internacionales, el diseño de propuestas preliminares, la consulta de estas versiones preliminares con el conjunto de unidades de post grado, la convocatoria a seminarios talleres, la estructuración de una segunda versión, la cual luego de la revisión por las unidades de post grado ha sido presentada como versión final de la Comisión. Estos avances son producto de la valiosa participación de más de un centenar de docentes universitarios de todo el país.

Acreditación de Programas y Sedes Docentes

- Comisión de Acreditación de Programas y Sedes Docentes, la cual ha venido desarrollando igualmente un trabajo valioso en procura de señalar los requisitos que deben cumplir las sedes docentes con el fin de garantizar idoneidad para la formación de médicos especialistas.
- El Seminario Nacional "Acreditación de Programas y Sedes Docentes", realizado el pasado 16 y 17 de noviembre del 2000, con la participación de 70 representantes de todas las instituciones del Sistema, permitió reenfocar el proceso de acreditación, ligándolo a la formulación de exigencias de infraestructura y procesos concordantes con los

Estándares de Formación, trabajados paralelamente por el Comité Nacional.

- Como testimonio de este avance se ha desarrollado la Acreditación de los Hospitales de EsSalud: Piura, Chimbote, Cuzco, Cujone, Angamos, Emergencias Grau, III de Puno, al Instituto Geriátrico Militar, y los Hospitales de Ilo, Toquepala y Cujone de Southern Peru.

Proceso de Admisión racional, transparente e idóneo

- El proceso de admisión es preocupación central del Comité Nacional. Un proceso que evalúe de manera objetiva, transparente e idónea a los futuros postulantes requiere un análisis racional y profundo de las condiciones que tenemos que desarrollar. En este sentido, el Comité Nacional instaló por primera vez la Comisión de Admisión del Sistema Nacional, con el fin de inicialmente estructurar el cuadro nacional de vacantes, el cual acordado por consenso, distribuyó las plazas por universidades, especialidades, servicios y modalidades.
- Al respecto, la estructuración por primera vez en el Sistema de un cuadro nacional de campos clínicos para destaques y destaques privados, permite hacer transparente y racional el ingreso al residentado médico. Procuramos identificar de esta manera la máxima capacidad académica asistencial de los servicios, acercando la oferta de campos en los servicios asistenciales con la real capacidad docente de las universidades.
- El establecimiento de Normas Complementarias ha permitido estandarizar los criterios empleados en la calificación, clarificar las modalidades de ingreso y formalizar las exigencias de licencias, autorizaciones y compromisos institucionales para los postulantes.
- En el año 2001, el Sistema ofertó un total de 711 plazas libres, correspondiendo 360 de ellas al Ministerio de Salud, 312 a EsSALUD, 29 a las sanidades militares y de la policía, y 10 plazas a otras instituciones. Asimismo, se ofertaron 323 plazas para destaque. Por otro lado, las sanidades ofertaron 69 plazas cautivas. Así, en el presente año, el Sistema Nacional de Residentado Médico ofertó 752 plazas entre las diversas modalidades.

- Estas plazas fueron ofertadas por 10 universidades autorizadas por Conareme, en 35 hospitales y 59 especialidades.
- Con relación a los postulantes, en el presente año fueron 2762, 82% del cual postuló en Lima, 93% por modalidad libre, 4,8% por destaque, 1,6% cautivas, y destaque privado 0,4%. La edad promedio de ingreso fue 31.82 años, siendo por la modalidad libre 31,60, destaque 35.69 años, y cautiva 33,05 años. Estos datos, entre otros, plantean un grave desafío al Sistema.

Fortalecimiento del Conareme

- Estructuración de una propuesta de cambio en la Normativa Legal
- La actual normativa que rige el Sistema fue expedida en 1988. Trece años después, ésta manifiesta con claridad serias deficiencias ante un escenario de ejercicio de la medicina y creciente complejidad del Sistema. Hoy, nuestros alumnos tienen 32 años en promedio, ingresan con base en una evaluación documentaria, no privilegia la competitividad profesional, sino en muchos casos el cálculo y eventualmente la suerte. Genera privilegios, que requieren ser reevaluados. La revisión de esta normativa se torna imprescindible.
- Establecimiento de la Comisión de Revisión de Normativa Legal, la cual ha venido analizando y formulando una propuesta de nueva normativa, incluyendo Normas Básicas y Reglamento para el Sistema.

Aspectos de Gestión

- Durante este período, el Comité Nacional sostuvo 26 sesiones, 19 Ordinarias y 07 Extraordinarias.
- Avance en el desarrollo de la Base del Sistema, con el desarrollo de un software que permite el análisis sistemático de los diferentes componentes del Sistema. En estos momentos se cuenta con dos módulos desarrollados, el de postulantes y el de médicos residentes, quedando pendientes el de egresados, el de Programas y el de Sedes Hospitalarias.

- Publicación del Libro de Actas del Comité Nacional de Residencia correspondiente a las Sesiones de Conareme del año 2000, como testimonio del sostenido trabajo desarrollado a este nivel, así como un valioso instrumento para el análisis del Sistema.

Sin embargo, existen desafíos mayores que deben ser afrontados por el Sistema Nacional de Formación de Especialistas, en particular la débil articulación entre el proceso de formación y las necesidades de médicos especialistas y la frágil estructura financiera del Sistema, temas a los cuales los convocamos.

Muchas Gracias.

PALABRAS DE CLAUSURA

Dr. JULIO CASTRO GÓMEZ
DECANO DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Estoy aquí esta noche para expresar a nombre del Colegio Médico, de su Consejo Nacional, nuestro saludo y felicitación a los integrantes del Comité Nacional del Residentado Médico con ocasión del 25^{to} aniversario de la marcha institucional en la formación de recursos humanos calificados en el posgrado en el sector Salud. También agradecer la participación de los profesores que han venido a acompañarnos con ocasión de este aniversario: El Dr. José San Esteban, conocido nuestro, que siempre nos acompaña en diversas actividades de esta características; la Dra. Sandra Díaz Castillo; la Dra. Vera Lucía Villar de Araujo Bezerra; a todos los profesores extranjeros le va nuestro reconocimiento por su colaboración en este proceso de evaluación de la marcha de nuestro Sistema de Residentado Médico. El Colegio está por entero comprometido con los fines, con los propósitos, los objetivos, del residentado médico en la formación de los especialistas de nuestra profesión.

La profesión médica se encuentra constantemente desafiada por los cambios que a diverso nivel ocurren en el entorno en el que desarrollamos nuestras actividades. Nos encontramos desafiados por las innovaciones rápidas, veloces, masivas en la producción de los conocimientos. Nos encontramos desafiados por los cambios sociales y culturales que tienen el primer lugar en la consideración de la persona humana, que es nuestra preocupación y a quien servimos, y a la que buscamos el mejoramiento de su calidad de vida. Nos encontramos desafiados por los cambios constantes que se dan en la organización de los servicios, en la prestación de los mismos a los pacientes y a la comunidad, y también por las modificaciones legales que cada día protegen a las personas y establecen claramente las responsabilidades derivadas de nuestro quehacer profesional. Pero algo que no debemos olvidar, es que el desafío más importante que tenemos lo recibimos de la realidad sanitaria nacional a la que nosotros, médicos peruanos, buscamos contribuir, y hacerlo de la mejor manera, de la manera más eficaz, de la manera que exprese un nivel de idoneidad, de

preocupación por un desarrollo permanente de nuestro quehacer para servir mejor a nuestros pacientes y a la comunidad. Nada es más importante que asumir estos retos, estos desafíos, con un enfoque basado en las tradiciones de la profesión médica, como ciencia y arte al servicio de los pacientes, que tome en cuenta además estas exigencias y estos cambios para el enfoque de la calidad de los servicios, los cuales también tienen presente la necesidad de desarrollar de manera preventiva las actividades para no incurrir en problemas legales derivados de nuestra profesión. Frente a esta prioridad, y en base a estos planteamientos, es que nos parece fundamental llevar adelante la propuesta de la excelencia en la conducta profesional y la calidad en la prestación de nuestro trabajo, y es por eso que estamos comprometidos y compartimos plenamente los diversos procesos que buscan la garantía en la calidad de la profesión médica.

Estamos completamente comprometidos con las facultades de medicina, con la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, en el proceso de acreditación de las facultades, justamente para poner orden en este proceso que ha llevado a la multiplicación de las facultades de medicina, que nos ha hecho pasar de las 7 u 8 que existían en 1980, a las 14 en 1990, y a las 27 ó 28 a fines del 2000, de las que hay 6 ó 7 haciendo cola para pedir autorización o empezar a funcionar; y al tremendo crecimiento en el número de los profesionales. Este proceso desordenado, desregulado, en la formación de profesionales médicos incide tremendamente en la calidad de los mismos y por supuesto que genera trastornos muy importantes en las condiciones del ejercicio de la profesión, particularmente en sus condiciones regulativas. Por eso es que compartimos con las facultades de medicina, sobre todo con aquellas más responsables, con mayor tradición, de mayor compromiso, este esfuerzo por garantizar calidad en la formación de los profesionales. Pero este propósito de calificar el ejercicio de la profesión no se restringe a la formación del posgrado, también nos lleva a preocuparnos por la realidad del médico en ejercicio. De aquí nacen los procesos de recertificación puestos en marcha por el Colegio. Y, como sabemos, dado el tremendo desarrollo de la revolución científica técnica, la rápida renovación del conocimiento, se requiere este intenso proceso de educación médica continua para la formación de recursos humanos muy calificados, donde el Residencia se convierte en un instrumento fundamental, para

cada vez y de manera más especializada mejorar nuestra atención a favor de nuestros pacientes.

Debo reconocer que los 25 años nos encuentra en un proceso de renovación, en un proceso de revisión de la práctica, de ponerse nuevas metas, como son aquellas que llevan al establecimiento de los estándares para definir las competencias que deben reunir los diversos especialistas que se forman, la definición y la evaluación de las sedes docentes que igualmente deben reunir estándares. En fin, todo un proceso que busca elevar la calidad de la formación de los profesionales. Este esfuerzo del Comité Nacional de Residentado Médico, ubica al Colegio en este propósito común de ofrecer un mejoramiento continuo del quehacer profesional, en su labor específica de la autorregulación ética, de la vigilancia deontológica y pone en marcha también diversos procesos para garantizar el ejercicio ético de la profesión. Por que además estamos persuadidos que el movimiento más importante por la calidad del acto ético es el movimiento ético. Este conjunto de actividades nos llevan al compromiso con las facultades de medicina, con el Comité Nacional de Residentado Médico, a los procesos en marcha, a proporcionar el apoyo y el respaldo institucional. Ponemos al servicio de la comunidad médica del Residentado y la comunidad nacional, toda la información disponible, que está en nuestra página de Internet, donde se aprecia también el esfuerzo para que el proceso de recertificación entre en la etapa de la formación de todos los médicos.

Por eso, a nombre del Colegio Médico, quiero expresar nuevamente el saludo y la felicitación a los integrantes de Conareme, renovar nuestro agradecimiento a los profesores invitados, y reiterar nuestra disposición a trabajar juntos para que este Comité logre los objetivos que tiene propuesto. Me permito con estas palabras clausurar este Seminario Internacional.

Muchas Gracias.

Taller Internacional
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS
ESPECIALISTAS



Auditorio del Consejo Regional III
Colegio Médico del Perú
Lima, 27 de setiembre del 2001

Taller Internacional

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

PRESENTACIÓN GENERAL - INTRODUCCIÓN

Dr. Caravedo: Señores representantes, estimados invitados, damos por iniciado el *Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la Formación de Médicos Especialistas"* convocado por el Comité Nacional de Residencia Médico. Contamos con la valiosa participación de Eduardo San Esteban de México, Vera Lucía de Bezzerro de Brasil, y Sandra Díaz de Estados Unidos, a quienes anticipo mi agradecimiento por su asistencia a este evento.

Iniciaremos con una breve introducción por los miembros del Comité Nacional sobre los temas que vamos a abordar, escucharemos posteriormente a nuestros invitados extranjeros. Finalmente vendrán las preguntas y el diálogo consiguiente, redondeando los temas y aprovechando la experiencia convocada en este Taller. Hay algunos temas que podrían no haber sido programados, aun así, éstos también podrán ser tratados.

NORMAS – MARCO JURÍDICO – PROCESO DE ADMISIÓN

Dr. Paredes: El Sistema de Residencia Médico, que está cumpliendo 25 años, se fundamenta en dos normas: un Decreto Supremo, firmado por el Presidente de la República y el Ministro de Salud, y una Resolución Suprema, que es de menor nivel, igualmente firmada por ambos personajes. En el primero se establece una serie de principios con relación a lo que significa el residency médico y la estructura general de éste, la cual está compuesta por el Comité Nacional de Residencia Médico. En el Comité Nacional de Residencia Médico están representadas las universidades que tienen programas de especialización médica –en nuestro caso son 10– y las instituciones prestadoras de salud en las cuales se desarrolla el Residencia –es decir el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y los institutos armados

(4)–, además cuenta con la presencia de un representante del Colegio Médico del Perú, un representante de la Asociación Nacional de Médicos Residentes, uno de ASPEFAM –institución que congrega a la amplia mayoría de las facultades de medicina– y uno de la Escuela Nacional de Salud Pública –que debe encargarse de todo lo que es desarrollo de recursos humanos en salud–. El Jefe Institucional de la Escuela Nacional de Salud Pública y el Presidente de ASPEFAM presiden alternadamente, por un año cada uno, el Comité Nacional de Residencia Médica.

Hasta 1996, el Comité sólo se reunía para repartir las plazas que se otorgaba a cada una de las instituciones. A partir de ese año empezamos a trabajar en forma coordinada y las reuniones no sólo fueron para este reparto, sino para hacer las modificaciones a las normas y desarrollar un trabajo técnico y organizado, como el que se está haciendo ahora, del que ha aparecido el primer documento, entregado a ustedes, los *“Estándares Mínimos de Formación para el Programa de Segunda Especialidad de Ginecología y Obstetricia”*. Así, se publicarán los siguientes estándares para las demás especialidades.

La estructura actual sigue siendo la misma. Sin embargo, hay una propuesta de que halla un Plenario, que es ahora lo que llamamos el Comité Nacional, un Consejo Directivo, integrado por cinco miembros del Comité, que vendrían a ser los ejecutores de las políticas del Comité, y Comisiones.

El Sistema de Admisión se rige mediante otro documento, la Resolución Suprema 009-88-SA, la cual establece todo el sistema de admisión al Residencia Médica, en forma demasiado pormenorizada. El sistema de ingreso es mediante un examen que vale 100 puntos y la evaluación de un currículum que vale otros 100 puntos. El examen tiene una ponderación del 60% y el currículum del 40%. Sólo los que aprueban tienen derecho a una plaza, de acuerdo a la especialidad a la que han postulado, en orden de mérito y según el número de plazas disponible. El sueldo es un pago mensual equivalente al del médico especialista que recién empieza a trabajar en la institución. La mayoría de las especialidades duran tres años. Hay algunas de cuatro años. Existen además programas que son completamente diferentes en cada una de las facultades de medicina. Al final de la especialidad, se deberá presentar un trabajo de investigación, y hay una universidad que además le toma un examen de titulación. Estos profesionales salen a buscar trabajo. Ni las universidades, ni las instituciones

prestadoras de salud prevén campos de trabajo para ellos. La Seguridad Social desde hace dos a cuatro años está tratando de otorgar plazas en el número que va a requerir en el futuro, para poder formarlos e incorporarlos a todos, creando profesionales identificados con la institución y que trabajen en ella.

En este momento, en el Sistema hay alrededor de mil plazas y se presentan alrededor de 3000 postulantes, siendo la relación diferente para cada universidad. La UNMSM es la que más plazas tiene, pero tiene también la mayor cantidad de postulantes, siendo la relación mayor.

Dr. Palomino: Con relación a la estructura, existen dos partes importantes: las entidades prestadoras de salud, que proporcionan las sedes hospitalarias (los hospitales), y las universidades. El integrador es el Sistema de Residentado Médico, explicado anteriormente. Como se señaló en la conferencia del Dr. Piscoya, esta normatividad, iniciada en la década del '70, en un período de gobierno militar, requiere, al menos en algunos puntos, ser revisada, por haber quedado un tanto desfasada. Ése es el reto que tenemos. Por otro lado, el examen único, las vacantes cautivas en las instituciones de las fuerzas armadas, el SERUMS con bonificación y requisito para ingresar al Sistema, son tres problemas centrales, entre otros, sobre los que quisiéramos obtener las experiencias de los invitados.

Dr. Paredes: Nos encantaría saber cómo es el Sistema de Admisión en cada uno de los países de nuestros invitados. Como se ha dicho, nuestro Sistema incorpora un examen, y además la Universidad evalúa un currículum documentado, de donde sale otra nota, y cada universidad establece su ranking. Es posible que el currículo tenga un peso excesivo. Éste tiene como aspectos determinantes el trabajo realizado, y la asistencia a cursos y cursillos que no tienen mayor peso desde el punto de vista académico. Ése es uno de los problemas sobre el que deseamos tener otras perspectivas.

El segundo punto sobre el que nos gustaría escuchar es con relación a los programas, *¿los programas son únicos?*, *¿existe alguna entidad en vuestros países que elabore un programa que tenga que ser aplicado por cada institución, o cada una aplica sus propios programas?*

En tercer lugar, está la duración de las especialidades. La mayoría de nuestras especialidades médicas, incluyendo las subespecialidades, duran tres años. No estamos seguros de si ése tiempo de entrenamiento es suficiente para formar un especialista.

Dr. Larrea: En este último punto, es necesario aclarar que en el Perú los estudios de pregrado duran siete años, a diferencia de otros diversos países donde duran menos. Eso es importante al considerar el tiempo necesario para la especialidad.

MSc. De Bezerra: En Brasil, nuestro curso médico dura seis años en total. Luego, el ingreso en la residencia médica es por concurso. Algunos estados tienen concurso único. Actualmente, en el Estado de Sao Paulo, existe un examen único para todas las instituciones de residentado médico. En otros Estados cada institución hace su concurso, por ejemplo en Brasilia. Pero existe una Norma General que rige el Concurso.

Algunos puntos de ésta Resolución son los siguientes:

- La prueba escrita equivale al 90%, el currículo al 10%. Esto fue establecido en el año 2000, porque antes ambas equivalían 50%, pero existían muchas denuncias. Por ejemplo, ingresaban personas con excelente currículo, pero no era el tipo de personal que se requería. Se estimó que en tanto el examen era una apreciación objetiva debería valer más que el currículo que era una apreciación subjetiva. Algunas universidades no están contentas con esta Resolución, pero es lo que rige actualmente. Se hace un concurso para el área básica –que son dos años e incluye clínica médica, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, y medicina preventiva– y otro concurso para la especialidad. Hay algunas especialidades que no requieren haber llevado algún área básica antes.
- Las normas, incluyendo la de admisión, son dadas por la Comisión Nacional de Residentado Médico, que se reúne aproximadamente seis veces por año. La reunión es en el Ministerio de Educación. Son nueve miembros y siete coordinadores regionales –propiamente cinco regionales más dos de estados que tienen un alto número de residentes: Sao Paulo, que tiene más de 7000 residentes, y Río de Janeiro–. Estas normas son enviadas a todas las instituciones del Sistema, las cuales tienen que acatarlas.

Por otro lado, todas las carreras tienen características mínimas que son descritas también en resoluciones. Todas las carreras que duren dos años pueden tener un tercer año opcional. Por ejemplo, Pediatría dura dos años y puede tener un tercer año opcional. Sin embargo, sólo algunas institucio-

nes pueden ofrecer este tercer año –aquellos programas que tienen excelencia en la especialidad.

En el primer año, unidad de internación, durante el 20% de la carga horaria, el residente se debe responsabilizar por un mínimo de cinco pacientes y un máximo de diez. El consultorio tiene una carga horaria mínima de 40%. Como se ha mencionado, esto debe ser seguido por todos los programas. Cuando la legislación no es cumplida, la institución tiene 3 modalidades de punición:

- Exigencia, la más simple; por ejemplo, si la Biblioteca no está funcionando satisfactoriamente o si la carga horaria no es adecuada. Normalmente dura un tiempo determinado, 90-120 días, el necesario para resolver el problema.
- Diligencia, cuando existen problemas más graves; en este caso la Institución no puede ofrecer concurso para la residencia médica hasta que no cumpla la diligencia.
- Desacreditación; en este caso, los médicos residentes son transferidos a otras instituciones, en vista que el Ministerio de Educación tiene control sobre el conjunto de programas de residentado médico.

Todo esto se encuentra normado y explicitado. Por ejemplo, en el Informe de la Facultad de Medicina de la Universidad Estadual de Sao Paulo de Botucatu, figuran todos los programas ofrecidos, el estado de cada uno (exigencia o diligencia), el número de residentes de cada programa, y la fecha en que expira la acreditación.

Con relación a la duración de las especialidades. En las áreas básicas todas duran dos años. Hay especialidades que duran tres años y hasta cuatro años. Por ejemplo, Medicina de la Familia y Psiquiatría duran dos años, Anestesiología y Diagnóstico por Imágenes duran tres años, Neurocirugía cuatro años. Las Especialidades Médicas que requieren dos años previos son Cancerología, Dermatología, Gastroenterología, etc. Así, existen especialidades con dos, tres y cuatro años, algunas que requieren dos años previos, y otras con un total máximo de seis años.

Lic. Díaz: En los Estados Unidos, antes de ingresar a la facultad de medicina hay que terminar el Bachillerato (*College*). No hay ningún requisito del tipo de estudio que tiene que hacer en el *College*. Puede ser historia, inglés, filosofía, o cualquier cosa en que la persona esté interesada. Recientemente-

te se ha modificado la norma para aumentar la cantidad de postulantes que entran a medicina. El programa de estudios, además de tener ciencias, considera arte e historia, por ejemplo, con los que se cumple cuatro años. Para poder ingresar a la Facultad de Medicina se requiere tomar un examen, es un examen pedido por casi todas las universidades –sin embargo, John Hopkins no requiere este examen–. Las escuelas evalúan la puntuación del examen, la calidad de trabajo que hicieron en el Colegio, en la Universidad, una cantidad de trabajo hecho con la comunidad, y posteriormente personas entrenadas los entrevistan. Ésos son los aspectos básicos evaluados para poder ingresar a la Facultad de Medicina.

Después de la graduación de la Escuela de Medicina, para poder entrar al Programa de Residencia Médico, cada programa tiene su propio criterio de selección. Hay un criterio básico determinado por ACGME que es lo mínimo que deben cumplir todos los que quieren ingresar al Residencia Médico. Por ejemplo, cosas básicas como especificar el grado obtenido en una Facultad de Medicina o en un Colegio. En donde yo trabajo, en la Ciudad de Colorado, muchos de los programas tienen por misión crear médicos que van a hacer investigación, médicos que van a trabajar como investigadores en alguna universidad. Hay algunos programas que tienen proyección de formar médicos que van a trabajar en clínicas y en hospitales, y dependiendo de la misión del programa es que tienen un criterio específico. En Pediatría, en los Estados Unidos, para hacer los programas de subespecialidad primero hay cumplir con la especialidad; es decir, para ser cardiólogo pediatra hay que hacer primero tres años de pediatría, luego, al terminar este programa, se tiene que entrar de nuevo al proceso de selección para poder ingresar a la subespecialidad de cardiología pediátrica.

En Estados Unidos, para asegurarse de que el proceso de selección fuera justo, se creó un programa de computadoras: el *National Residence Matching Program*, donde, después que los programas evalúan a sus candidatos, los postulantes pueden preferir una determinada universidad, y lo pone uno en la computadora como primera opción. El programa informático evalúa las peticiones y así sale la lista de personas aptas. Así se hace la selección de estudiantes en Estados Unidos, por computadora.

Y luego los programas ubican a los estudiantes idóneos para ofrecerles el contrato y para reclutarlos. Los estudiantes, por su parte, aunque sean aceptados en un programa, tienen la opción de no ir a ese programa.

Entonces, no hay un examen nacional. Se usan criterios que dependen del programa, cada programa tiene sus criterios específicos, como dije anteriormente, y ellos entrevistan a sus candidatos que deseen ingresar a sus programas. Para poder entrar al Residentado Médico no hay estándares nacionales. Sin embargo, para poder ingresar al Residentado Médico, sí se les requiere los *Steps*, que se toman cuando están estudiando medicina, el primero y segundo. En realidad, es un examen de tres partes, que también se da por computadora, que consta de ciencias básicas, ciencias clínicas, y un tercero, que se da después del primer año de Residentado. Y los programas sí evalúan la puntuación de estos exámenes. Hay programas que no aceptan si se tiene menos de 700 puntos, pues consideran que no van a cumplir con los requisitos del programa. Todo depende del programa, no hay un estándar nacional.

Dr. Huerta: Acá tenemos una fecha de examen única a nivel nacional, acorde con la fecha única de inicio de actividades del Residentado; en los Estados Unidos, ¿se puede empezar en cualquier mes del año o sólo hay una fecha en la que se puede comenzar el Residentado?

Lic. Díaz: Usualmente, el Residentado comienza en julio –el año escolar va de julio a junio–. Hay excepciones, pero éstas son escasas, porque la Escuela o Facultad de Medicina termina en Mayo o Junio, y cuando se gradúan, normalmente comienzan a finales de junio la orientación, y luego en julio se inicia el año escolar.

Dr. Huerta: ¿Entonces el proceso de admisión es durante ese período de tiempo?

Lic. Díaz: No, el proceso de admisión comienza en septiembre. Por ejemplo, los programas de formación envían información acerca de sus programas a los estudiantes que están comenzando a buscar. De septiembre a febrero se entrevista a los candidatos. Luego ponen los datos en las computadoras y a inicios de marzo entregan los resultados de quiénes han ingresado a sus programas. Pero el proceso de selección, empieza de septiembre hasta febrero.

Dr. Caravedo: Un comentario que se puede hacer es que en el sistema americano se va acumulando información. No hay un examen general, pero sí hay esta acumulación de información.

Lo que quisiera saber es el peso de la entrevista personal, por que a veces es decisivo. Debiendo obtener más del 60% del puntaje, una persona puede tener 80 puntos y otra 90, pero la entrevista determina que ingrese la de 80 y no la de 90. Entonces, ese peso de la entrevista personal, ¿cómo se maneja? ¿Es la habilidad o los programas lo utilizan cada uno con su propio criterio?

Lic. Díaz: Depende del programa, del interés que tengan. Cuando entrevistan a las personas, si la persona tiene 80 puntos pero es una persona con más experiencia, que está interesada en mejorarse, entonces se le va a dar más crédito; a diferencia de una persona que haya obtenido 90 puntos pero que tal vez no sea una persona que esté comprometida en mejorarse, que no este acorde con los criterios del programa. Eso depende de lo que busque el programa. Nosotros exigimos como política a nivel nacional, en todos los programas –esto es un requisito de ACGME–, que cada programa tenga su criterio, de que señale a qué clase de personas va a escoger, independientemente de su puntuación. Hay ciertos programas que miden ciertos requisitos en las solicitudes y las priorizan todas, porque ellos no creen importante la puntuación del examen.

Dr. Caravedo: Se quiso hacer un paralelo, de que el estudio de medicina en el Perú dura siete u ocho años, pero hay que tener mucho cuidado con ese tipo de comparaciones. En Estados Unidos son 12 años de estudios generales o escolares antes del entrar al *College* o Bachillerato, que son cuatro años, y Medicina son cuatro años más. Entonces, uno podría decir que Medicina dura ocho años, por que nadie puede hacer Medicina sin haber hecho *College*. Nuestra educación escolar tiene 11 años y no tenemos el sistema de *College*, o lo hacemos dentro de la carrera de Medicina, en lo que llamamos las preclínicas. Entonces la comparación debería ser más por contenidos que por años, y por cuáles son las competencias que se están exigiendo.

Esto es importante porque no podemos utilizar como criterio que nuestra carrera es muy grande para poder acortar la duración de algunas especia-

lidades. Además, las especialidades no van a estar definidas tampoco por la extensión de la carrera de medicina, si no por las competencias que se exigen y el tiempo que requeriría para cumplir el perfil. En Brasil el programa de cirugía es de cuatro años; en Estados Unidos, Neurocirugía son siete años –porque se exigen tres años de Cirugía General y después cuatro años de Neurocirugía–, igual que Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Existe tanta variabilidad, que hablar por año no nos dice mucho, mas bien deberíamos hablar por contenidos o por competencias que se hayan adquirido y también considerar el perfil del profesional. Un neurocirujano que sale después de siete años está en la cúspide de lo que es la adquisición de tecnología. Pero, además, estos médicos son bastante solicitados en estos países, y el perfil se ajusta de acuerdo a la tecnología disponible y a lo que se requiere sea de aplicación diferente.

Dr. Larrea: Acerca de la duración de siete años, en los Estados Unidos se considera al *College*, pero actualmente el *College* es muy liberal, porque no son cursos de ciencia relacionados con la Medicina, sino son cursos más generales. Por ello, esos cuatro años de *College* no se pueden fácilmente sumar a la carrera de Medicina. De otro lado, yo siempre defiendo a la escuela de pregrado de Perú por que tiene muchas horas de práctica clínica, que no se tiene en otros países, porque a partir del cuarto año se tiene por lo menos dos horas de práctica con paciente, y eso es difícil de obtener en otros países. Es por eso que creo que la carrera de pregrado en nuestro país es buena, solamente habría que ajustarla para hacerla mucho mejor.

Lic. Díaz: En Estados Unidos está pasando algo, hay una fuerza de cambio. Muchas de las Facultades de Medicina están reevaluando su currículum. Por ejemplo, en Yale, donde trabajo con este comité, están empezando a incorporar experiencias clínicas en los primeros años de Medicina. Tradicionalmente, la Facultad de Medicina contiene dos años de ciencias, y el tercer y cuarto año son dedicados a la educación clínica en los hospitales. En Yale quieren cambiar el currículum para disminuir la cantidad de ciencias básicas y aumentar la experiencia clínica. Es algo que está pasando a lo largo de Estados Unidos. Se quiere poner a los estudiantes más centrados en lo que es la experiencia clínica. No solamente es quitar ciencias en

los primeros años y poner clínica, es integrar la ciencia básica con la clínica en todos los cuatro años. Por ejemplo, que en el tercer y cuarto año todavía se conserve conferencias de ciencias médicas entre ellos, mientras hablan con los pacientes. La meta básica es integrar ciencias clínicas con ciencias básicas.

Por otro lado, en cuanto al número de programas que existen, acreditados hay 7800 programas en Estados Unidos. Hay 125 facultades de medicina, hay 23,000 puestos para el primer año de los programas de residentado, y hay 105 especialidades y subespecialidades. La duración de los programas varía. Por ejemplo, todos los que quieran hacer una subespecialidad en pediatría tienen que seguir dos años más un año de investigación. Los dos primeros años requeridos por ACGME y uno por el *Board*. Muchos de los programas son de tres años.

En cuanto a la cantidad de programas que hay por especialidad, por ejemplo, en Dermatología hay 104 programas, existiendo un aproximado de 910 dermatólogos en formación. Medicina Interna, que es la que tiene más programas, tiene 348 programas en los Estados Unidos y tiene 22,253 médicos internistas en formación.

Dr. Caravedo: Acerca de Medicina Interna, se mencionó que hay alrededor de 22 mil médicos en formación, lo cual se ajusta poco al modelo de que la mayoría está prefiriendo las subespecialidades. Con respecto a hace años, hay muchos más que están haciendo Medicina Interna actualmente. ¿Eso se debe a que las HMO y el Sistema de Salud están demandando más este tipo de residentes?

Lic. Díaz: El Comité de Educación de Posgrado de Estados Unidos es el que reporta al Departamento de Salud, y ellos determinaron en el '92 y en el '95, la cantidad de médicos que se necesita en los Estados Unidos. Entonces se encontró que se requiere 110% de la cantidad de aspirantes que se gradúan en la Facultad de Medicina, de los cuales 50% deben ser generalistas y 50% especialistas. Tengo aquí los números de Medicina Interna. En el 2000, 7000 personas recibieron certificación de Medicina Interna. Los pediatras en cambio no son tantos como los de Medicina Interna; en Pediatría recibieron certificación 2583. Usualmente las personas tan pronto se gradúan en estas dos especialidades se someten al examen para certificación.

Dr. San Esteban: El Sistema supuestamente se rige en México a través de una Comisión, a la que llamamos Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, que está compuesta por los representantes del Sistema Educativo, básicamente la Secretaría de Educación más los representantes de las Universidades. Es importante mencionar que en México el sistema de autonomía de las universidades se liga mucho al sistema de soberanía de los estados de la Federación. Los estados son tan soberanos e independientes como en los Estados Unidos, en donde prácticamente cada estado tiene su propia constitución y cada estado tiene su propio reglamento, y aunque haya un pacto federal, la mayor parte de los estados, sobre todo si así lo desean, puede disponer y decidir en estas cuestiones. Lo mismo con relación a las universidades. La autonomía no significa para ellos estar fuera de la Ley pero sí significa poder modificar, según ellos consideren necesario y suficiente, su programa de estudios y su forma de organización. Es muy difícil que existan planes únicos o sistemas únicos para todos, porque cada cual puede modificar según quiera, y tratar de llevar a cabo planes únicos a veces conlleva a largos procesos de acuerdos y negociaciones, para tratar de hacer que todos estén de acuerdo.

La forma en la que se admiten las personas en el Residentado Médico, es complicada. Primero, la única forma de acceder, dentro de lo que llamamos la normatización general del Residentado, es mediante un examen único, pero hay algunas instituciones, y tienen el derecho de hacerlo, que no participan en este proceso, teniendo sus propios sistemas de enseñanza y sus propios programas, con residentes que de todas maneras van a ser especialistas. En los últimos cinco años logramos reducir el número de las instituciones que no querían estar en el Sistema Nacional, prácticamente a estas alturas, como yo lo dejé hace algunos meses, todas están en el Sistema Nacional de Residentado Médico, pero algunos amenazan con salirse o algunos nuevos no quieren ingresar al Sistema como tal. Tienen el derecho a hacerlo, porque es una cuestión de negociación.

El examen nacional de admisión a las residencias médicas ocurre durante dos días cada año. Éste año será los días 6 y 7 de octubre. Es un examen teórico de selección múltiple con 700 preguntas que se divide en cuatro secciones: una sección de ciencias básicas, una sección de ciencias clínicas, una sección de toma de decisiones y una sección de inglés. No todo el peso del examen cae sobre una de éstas. La que lleva mayor peso es la de

ciencias clínicas y, sobre todo, la de toma de decisiones. Pero la prueba de inglés, que nada más representa el 10% del examen, es el de menor peso, es en realidad de gran importancia, porque la diferencia entre la preparación en idiomas entre las universidades privadas y las universidades públicas es muy grande. En las universidades privadas prácticamente todos los que estudian hablan inglés de una manera bastante fluida, o lo entienden o lo leen, mientras que en una universidad pública no es así. Otra de las cuestiones que se tienen que ver es la geografía. Mientras en las universidades del Norte, sobre todo de la frontera con Estados Unidos, prácticamente todos hablan inglés muy bien, y contestan este 10% muy bien, en las universidades más australes hablan muy poco inglés y entonces este 10% no los favorece para nada.

Nosotros no tomamos en cuenta el currículum. Se hizo en un tiempo pero se abandonó, por varias razones; la primera es que la mayor parte de las personas que toman este examen son recién egresadas, acaban de terminar su carrera de medicina, entonces es difícil exigirles un currículum extenso. Por otro lado, si lo tomáramos en cuenta, una forma de aumentar puntos sería pasar muchos años, y mientras más años pasen más currículum se tendrá, y más acceso a la especialidad. Esto es algo que sería injusto para los que recién salen.

El examen es una sola vez al año, por computadora, la cual califica y de ahí sale el número de personas seleccionadas dentro de los aspirantes. El número de aspirantes ha ido creciendo progresivamente a medida que los años pasan, porque no existe ningún límite para el número de veces para que una persona pueda rendir el examen. Antes habíamos puesto un límite de edad, la edad límite era los cuarenta años, después de eso ya no tenía acceso a tomar el examen para ingresar a la residencia. Pero hubo una demanda ante la Comisión de Derechos Humanos y ganaron. Y la Comisión de Derechos Humanos recomendó que una persona pueda dar el examen de admisión para la residencia a cualquier edad, sin importar que esta persona tenga 70 años o más.

Existen 17 especialidades de ingreso directo de un total de 76 que se ofrecen. Las personas que son seleccionadas, no se usa el término pasar, porque lo contrario sería reprobado –aprobar y reprobado, pero no hay forma de aprobar o reprobado–, tiene que ver con el número de plazas que haya en las especialidades de servicio. Es un examen de selección, no es un examen

de calificación. Entonces, son 17 especialidades entre las que se encuentran las cinco básicas, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, y 12 más en que se considera que pueden entrar los estudiantes de manera directa. Ésta ha sido la discusión más larga que hemos tenido. Ha habido quienes nos hemos opuesto a algunas de ellas. Por ejemplo, yo llevo diez años oponiéndome a que los psiquiatras entren directamente a la especialidad de Psiquiatría. Insisto que para estudiar Psiquiatría se debe estudiar Medicina Interna, porque la Psiquiatría es una rama de la Medicina Interna. Pero la gente puede ingresar directamente, sin pasar por Medicina Interna, con las trágicas consecuencias que esto lleva. Otras que son directas son Oftalmología, Medicina Legal, Medicina Laboral, Medicina Física y de Rehabilitación, Otorrinolaringología, etc. En todas las demás hay que estudiar una de las básicas para acceder. Por ejemplo, en la especialidad de Anestesiología Pediátrica, se tiene que hacer Anestesiología primero, no Pediatría. Todas las especialidades pediátricas, que por lo menos hay 15, requieren se estudie primero la especialidad no pediátrica. Inicialmente era equivalente, si se quería estudiar Hematología Pediátrica, se podía estudiar Pediatría y luego Hematología Pediátrica. Ahora se pide estudiar primero Hematología y luego Hematología Pediátrica. Aunque era similar, se vio que era más conveniente saber todo de Hematología y luego dedicarse sólo a los niños, que saber todo de Pediatría y luego aprender Hematología. Ahora es primero neurólogo y después neurólogo pediatra, primero urólogo y después urólogo pediatra. Al menos estamos viendo que hay mejores resultados.

Cada una de estas 17 especialidades tiene un número de plazas, y esa es la razón por la que el Sistema no sirve, por eso es que no funciona: porque el número de especialistas está determinado por el número de plazas que se abre en esa determinada especialidad, y el número de plazas depende del número de sedes que esa especialidad tenga y de las necesidades asistenciales que esas sedes tengan. Así pasa en los Estados Unidos, en Brasil también, y creo que en Perú también. Esto no sirve. Se pretende responder a las necesidades asistenciales, que no debían ser un trabajo de los Sistemas Educativos. Las necesidades asistenciales se deberían de cubrir con los médicos especialistas que ya están recibidos, con la fuerza de trabajo laboral, no se debería cubrir con estudiantes. En cambio, si se puede cubrir con estudiantes, un servicio de ginecología y obstetricia de un

hospital de cualquier Estado prefiere tener seis residentes de ginecología y obstetricia para responder a las necesidades del servicio, que contratar a seis ginecólogos ya recibidos porque le sale más barato tener residentes que tener médicos especialistas. Además, porque con ellos no tienen una relación laboral permanente, sino sólo por los tres años. Así, no aumentan el mercado de trabajo. Y eso es muy cómodo para ellos. Luego, el mercado de trabajo no alcanza para dar plazas para todos éstos egresados.

Por otro lado, hay un problema con el número de vacantes. Hay 450 plazas de ginecólogos, 350 de médicos internistas, 300 de cirujanos, siete de genetistas, tres de médicos laborales, y cada aspirante se inscribe a la especialidad que quiere estudiar. Por ejemplo, en ginecología y obstetricia hay 400 plazas pero se inscriben alrededor de 3,000 –de los 18,000 postulantes–. En otras especialidades como Medicina Física y Rehabilitación no hay más que 50 plazas, pero se inscriben solo 80. Entonces, la posibilidad de ser seleccionado para esta plaza son mucho mejores que las posibilidades de ser seleccionadas para la otra. Esto permite que un estudiante que calificó muy bien en el examen, no sea admitido a una especialidad porque hubo muchos otros que sacaron una mejor calificación, mientras que uno que sacó menor puntuación puede ser admitido en uno de los programas en las que el número de aspirantes es muy pequeño. Esto vuelve el sistema indudablemente injusto.

Así, tenemos que el Sistema de Admisión es muy complejo. Y uno debe de tener dos o tres años de una especialidad para acceder a la subsiguiente.

Lic. Díaz: En el caso de los Estándares Mínimos en los Estados Unidos, éstos pueden ayudar. Por ejemplo, en Psiquiatría, se selecciona directamente Psiquiatría, pero los estándares mínimos exigen que el Residente esté cierto tiempo en Medicina Interna, se les pide que entrenen cierto tiempo en Sala de Emergencias.

Dr. San Esteban: No estoy muy convencido, sobre todo en Psiquiatría. Puede ser en otras especialidades, pero en Psiquiatría uno ve una cantidad de errores médicos, porque los psiquiatras no están preparados para tratar un cáncer de estómago que pasa como angustia de separación.

Otro punto es cómo acomodar a todos los seleccionados para una especialidad. El Sistema les da una carta que los califica como Calificado para

Ortopedia en el año 2001, pero su carta no sirve sino para Ortopedia en el año 2001. Si cambia de opinión, tiene que hacer su cambio otra vez. Si pierde ese año pierde su plaza –cosa que resulta realmente injusta en algunas condiciones, por ejemplo en las mujeres, donde por un embarazo pueden perder lo que ganaron en el examen.

Se empieza el residentado el primero de marzo y terminan el 28 de febrero. Hay 220 sedes, que se podrían abrir a 40 programas de posgrado originalmente, pero se promueve el programa unificado de especialidades liderados por la Universidad Nacional para que se sigan los mismos estándares y competencias, aun cuando no es obligatorio. Cada quien puede hacer lo que guste y cada quien pueda hacer lo que quiera con tal que se cumpla lo que los profesores del área en ese lugar dicen. Otro factor que influye son los consejos de especialidad, los *boards*, que también tienen que señalar los mínimos. Los *boards*, los Concejos, pueden participar para decir cuál es el currículum mínimo que debe haber para su especialidad, y la definición de cuál debe de ser el currículum para una determinada especialidad tiene que ser una negociación entre la Universidad y el Gremio. Nadie puede decir mejor que los cirujanos cardiovasculares, cuál debe ser el currículum para estudiar Cirugía Cardiovascular. Yo creo que las instituciones asistenciales no tienen nada que decir nada al respecto, no tienen por qué opinar. Pueden opinar sobre cómo hacer operar el sistema, cómo hacerlo práctico, cómo llevarlo a cabo, pero el arreglo deberá ser entre las universidades, que tienen el conocimiento más claro en la metodología, y el gremio, que tiene la práctica de la vida cotidiana. Un problema con las universidades es que muchas veces las toman los administradores, que nunca en su vida han visto un paciente y que no saben cómo funciona la atención cotidianamente. Es por eso que se debe tomar la decisión en conjunto, entre los cirujanos cardiovasculares y los profesores universitarios, con los expertos en metodología de la enseñanza, que ellos decidan cuál debe ser el currículum, y las instituciones educativas buscarán la forma de aplicarlo y de hacerlo operativo.

¿Cuánto dura una residencia médica? Entre tres y ocho años. La que dura más es la de Neurocirugía Pediátrica. Para ello se requiere estudiar dos años de Cirugía General, cuatro años de Neurocirugía y dos años de Neurocirugía Pediátrica. Entonces, en cuanto a la duración de la carrera, no hay que comparar los tiempos educativos. Comparto esa opinión. La

cantidad de información que se viene acumulando es progresiva sobre todo en los últimos 20 años. La cantidad de conocimientos que venimos adquiriendo se va duplicando cada vez más rápidamente. Entonces, esto comenzó a llevar a un sistema mediante el cual parecía que se debía de alargar más los programas, en especial los de Medicina Interna y los de Cirugía General. ¿En cuánto tiempo se estudia Cirugía General? En dos años. Hace 20 años se hubiera dicho que dos años no alcanza para nada. Esto tiene un reto para los profesores muy importante que es determinar qué conocimiento debe enseñarse, cuáles son los conocimientos que debemos de dejar de enseñar.

¿Cómo podemos reducir el programa? Siguiendo un modelo biológico muy útil: la apoptosis. El mecanismo de muerte celular programada, es el sistema mediante el cual la biología programa la muerte de un determinado número de células para que las otras puedan seguir adelante. Entonces hay que hacer apoptosis del conocimiento, y eso hay que hacerlo en los programas de Medicina Interna para que no tengamos que hacerlos durar 20 años.

¿Qué es lo que la experiencia dice al final? ¿Vale la pena empezar los programas de neurología enseñándoles donde esta la cabeza otra vez? ¿Vale la pena repetir todo el conocimiento anterior? Si no encontramos el mecanismo para hacer los programas más cortos, vamos a alargarlos demasiado. Similar a lo sucedido en la carrera de Medicina, que habiendo duplicado el número de conocimientos no han variado el número de años de duración, y la carrera se mantiene igual. Es porque se ha dejado de dictar algunas cosas. Los muchachos de hoy no toman la misma clase de fisiología o de anatomía que yo tome. Y esto es un reto fundamental, ¿cómo lograr transmitir el conocimiento en el mismo tiempo o en un tiempo aún más reducido?

Siguiendo con el proceso de admisión, una vez que se obtiene una plaza, entonces me presento al lugar que yo escojo. Por ejemplo, fui seleccionado para ortopedia, voy y veo que en el país existen 10 programas de ortopedia. Escojo uno de ellos. Voy al hospital o al programa con mi carta de seleccionado. Este hospital o institución tiene la opción de seleccionar entre todos los que se presenten, a los que éste quiera. Así, hasta que los del final de la lista se van quedando con lo que hay. Al final siempre quedará y se dará la plaza menos deseable a la persona que esté al final de la lista, lo cual

tampoco es del todo justo, porque ésta es una de las cosas que hace que el hospital no se desarrolle.

Si yo tengo un hospital y trato de mejorarlo, entonces debo querer llevar lo mejor de lo mejor. Pero mientras siga llevando a los lugares malos unos estudiantes malos, el lugar seguirá siendo malo y no habrá ningún progreso. Esto aumentará la brecha entre los muy buenos y los muy malos. Hay que encontrar el mecanismo mediante el cual éstos de acá empujen a los otros para que puedan elevar el nivel de los que están en peor situación. Si no hacemos eso, se va a perpetuar esto, y los estudiantes primeros seguirán yendo a las mejores sedes y seguirán siendo los mejores, y los peores seguirán estando abajo y nunca lograremos lo que esperamos. (Debo anotar que el pago es idéntico para todos).

Dr. Larrea: A propósito de ese examen único ¿Quién elabora el examen único? ¿Se han formado academias de preparación en México?

Dr. San Esteban: El examen lo elabora la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos. Es un espectáculo, porque requiere de un secreto máximo, de una seguridad absoluta. El examen se elabora de nuevo cada año, a pesar que existe un banco de preguntas acumulado con los años. Se hace nuevo cada año, porque, entre otras cosas, el conocimiento cambia de tal manera que la respuesta a lo que hoy preguntamos puede ser distinta a la de hace tres años.

Lo elabora un grupo de expertos especialistas. Éste es otro error: no podemos plantearnos que los médicos generales sean preparados por especialistas. La visión que los especialistas tienen de la Medicina es diferente. Para preparar buenos médicos generales hace falta buenos médicos generales. Esto es un error de todas las Escuelas de Medicina. La mayor parte de los docentes de las Escuelas de Medicina son médicos especialistas. ¿Cómo quieren los médicos especialistas transmitir el deseo y el gusto por ser buenos médicos generales, si ellos no lo son? Este es un dilema. Pregunten en sus universidades cuántos de sus docentes para Medicina General son médicos generales. Se cree que una universidad es muy buena porque sólo tiene médicos especialistas. Igualmente, el Sistema de Asistencia considera que es muy bueno porque en los hospitales solamente trabajan especialistas. Un médico general cuando se enferma va a ver a un

especialista. No podemos hacer cambiar al sistema mientras no se valore al médico general en sus propias funciones. Si se pregunta cómo se hace para que un médico general sea bueno, y ante la aparición de la especialidad de Medicina Familiar, entonces nos percatamos que las escuelas no sirven para nada, porque el producto que dan por terminado resulta que no está terminado. El producto que sale de las Escuela es incompleto y que no sirve.

En segundo lugar, ¿cómo hacer para evitar las academias que dan cursos para pasar el examen? Creo que no hay que evitar que ocurra, aun cuando es muy bien negocio, porque hay cursos que son intensivos en Medicina y hay algunos muy buenos. Las estadísticas de algunos son muy buenas. Aquellos muchachos que lo han tomado califican mejor que los que no, y ésta es una forma de llevar un curso para que se sigan preparando. El problema grande es el fraude, es cómo combatir a la corrupción. La corrupción existe en nuestros países, en Estados Unidos, en Brasil. Todo mundo es corrupto hasta que no se demuestre lo contrario. Cuando fui Director de Enseñanza en el país fui denunciado reiterativamente. Con el crecimiento de la renovación democrática y todo esto, el surgimiento de las organizaciones no gubernamentales, y la vigilancia de los recursos humanos contra la corrupción, ahora está de moda acusar a todos por corruptos. Entonces, acusar al examen de corrupto es muy fácil, pero los que hacen el examen por regla general no son corruptos. Es muy difícil hacer esto. Hay un sistema de cuatro auditores, que está vigilado por la policía continuamente, y las preguntas se van colocado en una computadora a la cual tiene acceso sólo una persona. Es muy difícil, pero la imaginación no tiene límite.

Dr. Pastor: El Dr. San Esteban mencionó que la postulación por especialidades genera el problema que postulantes ingresan con notas bajas para algunas especialidades y que otros quedan fuera a pesar de tener buenas notas. Nosotros tenemos un problema similar. Aunque aquí el examen no es general ni único sino es por universidades, se postula también por especialidades, por lo menos en la mayoría de las universidades. Pensando en ese problema se ha planteado eventualmente, que la postulación no sea por especialidades, sino por áreas; por ejemplo, área médica y área quirúrgica, y que el cuadro de méritos para asignar las plazas sea en este orden. Esto crearía la dificultad de que no se está postulando a una especialidad

de inicio, sino se está escogiendo después, pero quedaría en manos del postulante optar por una especialidad que sea de su preferencia, y eventualmente solucionaría el problema de que entren al sistema alumnos con calificaciones bajas.

También nos ha comentado que hay una primera evaluación general, con el cuadro de méritos se escoge las sedes y las instituciones en las que se va a desarrollar el programa, pero éstos a su vez tienen capacidad de realizar una nueva evaluación, ¿existen normas para esto?, ¿hay algunas pautas definidas?

Por último, considerando que es un problema que nosotros tenemos y que no encontramos forma de resolverlo, ¿han previsto o toman alguna actitud con relación a los renunciantes al programa que dejan plazas descubiertas luego de haberse iniciado el programa?

Dr. San Esteban: En un tiempo usamos una calificación general. Se seleccionaban los primeros 3500, las mejores 3500 calificaciones de las 18000. El problema fue que algunas especialidades, como Medicina Interna y Cirugía, se llenaban primero, entonces a los que seguían en el orden sólo les quedaba escoger las especialidades restantes, independientemente de si las querían o no. Así, hubo muchos problemas de descontento, la cantidad de renuncias era enorme, la cantidad de residentes que querían hacer intercambio era gigantesca. La mayoría decía que entraba a cualquier carrera y no a la que había seleccionado. Y esperaban al año siguiente para pedir su cambio. Esto creó una confusión terrible. Nosotros abandonamos este sistema por inoperante, porque los médicos terminaban estudiando una especialidad sin tener ninguna vocación.

Con relación a la siguiente pregunta, no hay normas de selección para la segunda selección. Cada quien hace lo que quiere y esto depende mucho del prestigio de las instituciones. Por ejemplo: el Instituto Nacional de Ciencias Médicas, más conocido como el Instituto Nacional de la Nutrición, es uno de los hospitales más deseados y para el programa de Medicina Interna tiene 15 plazas y 400 solicitudes. Pues resulta que esta segunda selección es mucho más importante que la primera que hacemos. Ellos ponen un estándar muy alto. Pero otro programa que no tenga tanta demanda podrá poner normas muy pequeñas o incluso buscará postulantes, como lo que pasa en Estados Unidos en pregrado. La institución, para atraer a los

seleccionados, podrá ofrecerles algunos beneficios; por ejemplo, en las guardias y otras bonificaciones. Esto varía mucho.

Por un tiempo se estableció lo que se llamó la lista de espera, que era que las renunciadas se cubrían con los que seguían. Esto creo un problema enorme por la corrupción, porque había la posibilidad de que en los lugares que quedaban vacíos el Ministro, el Presidente, el Jefe de la Policía, senadores, amigos de no se quien, todos influyeran para que sus recomendados ocuparan estos puestos. Entonces abandonamos este sistema.

La otra razón para abandonar el sistema de renunciadas fue que teníamos el interés de disminuir el número de especialistas y no dejar que aumentará progresivamente. ¿Que pasaría si en lugar de ofrecer 3500 plazas ofreciéramos 7000? Claro que no están presupuestadas, pero supongamos que pudiéramos pasar por encima del dinero, que hubiera los recursos para hacerlo. Sería totalmente inmoral que nosotros estuviéramos buscando preparar más especialistas para un sistema que nos los va a necesitar. Primero, no va a haber la necesidad en el Sistema de Salud; y segundo, ¿qué es lo que van a hacer 50 cirujanos cardiovasculares intentando ocupar las únicas cinco plazas en un lugar donde pueden realizar la cirugía cardiovascular de alta tecnología que ellos requieren? ¿Qué van a hacer los otros 45? ¿Donde van a trabajar? Por eso buscamos ir cambiando, para aumentar el número de especialistas en Medicina Familiar y disminuir el número de otros especialistas. Además, hay programas que tienen un número muy bajo de inscritos; por ejemplo, Genética, nadie quiere estudiar genética, es muy difícil estudiar genética y los genetistas no quieren abrir nuevos programas de genética, porque dicen que es muy caro hacer biología molecular y todos los procedimientos, y ellos no van a preparar malos especialistas. Tienen que prepararlos de gran calidad y no tienen los recursos adecuados para ello. Entonces el número de especialistas en Genética se mantiene. Por el momento, las plazas de los que renuncian no se distribuyen.

Dr. Pastor: Nosotros tenemos la ventaja de que no tenemos la segunda selección y que asignamos las plazas en un acto público en una sola oportunidad, de manera tal que puedan escoger en orden secuencial. No hay la posibilidad de que vayan a un sitio y le digan que no hay la plaza. O sea, la plaza está asegurada cuando la escogen.

Dr. San Esteban: Aquí el problema está en que con base en la autonomía de decisión de los programas, estos dirían ¿por qué, si yo tengo derecho a escoger a los que yo quiera?, ¿por qué me van a asignar a alumnos que yo no quiero? Eso no es posible en nuestro medio. Para nosotros no es posible.

Dr. Palomino: Sobre el examen único, México es un país bastante extenso, mucho más que Perú, ¿cuál es la mecánica para que el examen único sea simultáneo en todos los sitios del país?

Dr. San Esteban: Es una prueba de dos días consecutivos, un sábado y un domingo, en cuatro secciones, sábado mañana y tarde, y domingo mañana y tarde. Se aplica simultáneamente en 18 Estados. Los lugares se escogen con anticipación. El examen único ya terminado, armado e impreso, es recogido por una compañía de seguridad, permanentemente vigilada, que se encarga de distribuirlos a las 18 sedes de acuerdo al número de inscritos que tiene cada estado. Las pruebas deben presentarse a las ocho de la mañana del sábado en todos lados y simultáneamente. Cuando se termina se recoge exactamente igual con el mismo sistema de seguridad y todo se trae a la Ciudad de México para la calificación con una lectora óptica. Uno de los problemas que teníamos era que había lugares en México con una enorme demanda, con demasiados aspirantes para una sola sede. Por ejemplo, en la ciudad de México el año pasado se presentaron 5500 aspirantes y era muy difícil establecer los mecanismos de vigilancia para los 5500. De hecho el año pasado ocurrieron algunas dificultades importantes, que lograron resolverse pero se reportó por ejemplo casos de suplantación. Al entrar a la sede, es necesario presentar una credencial, que tiene la fotografía del postulante y algunos de sus datos, pero el sistema de vigilancia para admitir a 5500 personas a un local y vigilar cada fotografía, cuando están en la puerta 5500 muchachos tratando de entrar a dar su examen al local media hora antes, resulta muy poco operativo. Aún así detuvimos a más de treinta suplantadores. La suplantación tiene un costo, una penalidad. El que presenta el examen no puede volver nunca a presentar el examen, ni en esa universidad ni en ninguna otra. El suplantador tiene una penalidad dependiendo de cuál sea su posición. Por ejemplo, el año pasado hubo tres muchachos que estaban en cuarto año de residencia, que suplantaron y perdieron sus residencias. Pero aún así se arriesgan a hacer-

lo. Lo que se hizo este año fue distribuir a los 5000 en 10 sedes en la ciudad, para aplicar una prueba a 500 por local, que es relativamente más sencillo.

MSc. De Bezerra: Nosotros tenemos universidades que se especializan en hacer exámenes públicos, una de ellas es la Universidad de Brasilia y la otra, en Sao Paulo, es la Fundación Carlos Chávez, las que toman examen para 100000 personas o más, para el país entero. Por ejemplo, hace poco tuvimos un examen para 120000 postulantes. La universidad tiene funcionarios y profesores especializados en tomar pruebas, que conforman un grupo especializado. Participa un representante de la Policía Federal con nosotros. Ese material queda en un cuartel del ejercito o de la propia Policía Federal. El día de la prueba existe todo un sistema establecido. Se alquilan escuelas, con personas experimentadas en cada una de las sedes. La identificación es hecha durante la prueba, no durante el ingreso. En ocasiones se toma impresión digital. En su carpeta, el postulante tiene el carné con su firma. Durante la prueba él firma, y se comprueba. Si es necesario, la Policía Federal tomará las huellas digitales. De esta manera hemos detectado varios casos de suplantación. Es una metodología de aplicación en masa, que existe en Brasilia y en Sao Paulo.

ESTÁNDARES MÍNIMOS Y ACREDITACION

Mg. Miranda: Con relación a la Comisión que está trabajando los estándares mínimos de formación, lo que quiero presentar es la metodología que se ha seguido para la confección de este trabajo. Básicamente, el trabajo de la comisión se ha centrado en cuatro momentos. En un primer momento se elaboró unas matrices que permitieron volcar toda la información que se necesitaba para hacer el trabajo. En tal sentido, se han congregado todos los planes curriculares. Si tomamos como ejemplo la especialidad de ginecología y obstetricia, se solicitó los planes curriculares de las 10 universidades que en el país ofrecen esta especialidad. Al revisar los planes curriculares, no había similitud en los perfiles ni en los objetivos. Es decir, cada una de las universidades tenía una propuesta de perfil de competencia propia y que difería de las demás. Igualmente pasaba con lo que respecta a los logros mínimos. Por ejemplo, la Universidad de Cuzco dentro de los logros mínimos planteaba 30 partos, y San Marcos en el primer año

exigía 100 partos. Entonces, había una diferencia tremenda en las exigencias de las diferentes universidades a nivel nacional.

Luego se volcó esta información sobre los planes curriculares, en las respectivas matrices para poder hacer la comparación, con el fin de establecer qué cosas se podían fusionar, con el fin de hacer una propuesta de un perfil y lograr competencias únicas para cada especialidad. En tal sentido, se hizo una propuesta de competencias para la especialidad, de objetivos curriculares, de logros mínimos para cada año de estudios. Esta propuesta se envió a todas las universidades que ofrecen la especialidad. Las universidades dieron algunas sugerencias y con todo ello se convocó a una reunión técnica de trabajo. Esta reunión técnica estuvo conformada por representantes acreditados de cada una de las instituciones que ofrecen la especialidad. En esta reunión técnica básicamente se homologaron las competencias. Los especialistas ofrecieron sus opiniones, así como los residentes de los diferentes años y de las diferentes universidades, y con todo ello se homologó y se llegó a un acuerdo con respecto al perfil, a cada una de las competencias, a los objetivos curriculares, y a la exigencia de los logros mínimos por cada año de estudios para cumplir estas competencias al culminar los estudios.

La Comisión tomó estas decisiones e hizo la consolidación final. Este consolidado fue nuevamente enviado a las universidades para su revisión final. Así, las universidades recibieron los documentos en dos oportunidades y además participaron en las reuniones técnicas. Este último documento fue enviado para ver si aún habían algunas observaciones o lo daban por aprobado. Con esta última opinión de las universidades se elaboró la versión final y se elevó al Comité Nacional para su respectiva aprobación, producto del cual el primer documento es el que se les ha entregado a los participantes. Actualmente están a la espera seis especialidades más para la aprobación del Comité Nacional, y que pueda salir así la versión final. Esencialmente, ésta es la secuencia que se ha llevado para lograr a una versión unificada y única del perfil profesional, competencias, objetivos curriculares y logros mínimos.

La Comisión también consideró importante señalar algunas condiciones necesarias para poder lograr estos estándares. En el documento, en la primera parte se presentan algunas condiciones necesarias que están relacionadas con la institución formadora, con la sede hospitalaria, con el

equipo de tutores, con el equipo de docentes, con la metodología que se debe aplicar y con el sistema de evaluación recomendado. Se espera que esto se haga efectivo a partir del próximo año y está prevista al cabo de un año el hacer una revisión y en la que probablemente se amerite un reajuste de algunos puntos.

Dr. Núñez: El año pasado, el Comité Nacional realizó un Seminario Nacional sobre Acreditación de Programas y Sedes Docentes en el que acordamos reenfocar el proceso, el mismo que descansaba en gran medida en el proceso de Acreditación de Hospitales, con una perspectiva asistencial, fundamentalmente estructura, el cual está pasando por una reevaluación crítica en nuestro país; muchos de nuestros hospitales no están en capacidad de pasar estos estándares. Entonces, basar el proceso de acreditación de programas y sedes docentes en este enfoque era crear una serie de problemas insalvables para la institución y para el propio proceso de acreditación de programas de residencia médica. Con esta base, lo que se hizo fue establecer que las sedes docentes acreditaran en función a estándares académicos de formación. Hemos establecido estándares académicos que deberán ser cumplidos. En este proceso estamos, por eso es que el proceso de acreditación de sedes docentes, si bien no ha terminado, está supeditado al avance en la definición de los estándares académicos de formación.

Dr. Palomino: Las características de la sedes docentes y las facultades de medicina en Perú son muy diferentes en el Norte, en el Sur, en Lima, en la Sierra y en la Selva. Entonces, poder buscar estándares, sobre todo en los logros que posean los profesionales al egresar del programa para que tengan las mismas competencias en su ejercicio profesional, es una tarea muy difícil y nos ha tomado casi año y medio hacer la primera especialidad, y con esta base ya estamos sacando la siguiente. Pero éste es un esfuerzo que rendirá frutos muy buenos, porque las facultades que quieran formar especialistas, van a tener que valorar la sede hospitalaria de acuerdo a estos estándares y proponer el ingreso al Sistema.

Lic. Díaz: Tengo una pregunta, ¿cómo llegaron a un acuerdo acerca de la calidad de procedimientos que se iban a hacer? Por que eso es algo que en

Estados Unidos ha sido muy difícil. No hay ningún tipo de estudio o información que digan que 200 cesáreas son suficientes para lograr la competencia de un médico. Anualmente se está tratando de estandarizar este número, pero se ha hecho sumamente difícil. ¿Cómo pudieron con tantas variedades de instituciones? ¿Cómo pudieron llegar al acuerdo de este número específico?

Dr. Palomino: la Magíster Eva Miranda lo señaló en su exposición, pero en forma genérica. Éste es un trabajo arduo. Un primer planteamiento, una formulación del problema elaborado por la Comisión de Estándares Mínimos de Formación, fue remitido a las universidades para su estudio, las universidades hicieron sus propias evaluaciones, regresaron el documento al Comité Nacional y luego hubo una reunión nacional de expertos en las especialidades que incluía incluso al Colegio Médico, ASPEFAM y a los médicos residentes en rotación. En esta reunión es que se determinaron estas cantidades, mediante un consenso, con exigencias muy grandes dictadas por hospitales de Lima, donde el número de pacientes por patología es mayor a las exigencias mínimas que se dan en provincias. Pero un consenso ha llevado a establecer cuál es lo mínimo que se debe señalar. Y es un consenso técnico, no es un consenso que se nos haya ocurrido. Un consenso técnico con el acuerdo de todas las facultades de medicina, para cada una de las competencias.

Dr. Pastor: La Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene 38 especialidades o programas en cuarenta sedes docentes. En sus planes curriculares se han considerado las áreas que están aquí en este documento: el área social, el área asistencial –que es ligeramente de mayor peso–, el área docente, de investigación y de gerencia. En lo que son débiles generalmente los planes curriculares, es en el área preventiva y de proyección social, que mayormente no está considerada por lo menos de forma expresa. Uno de los puntos más difíciles es justamente el área de los logros mínimos. Todos los planes curriculares incluyen logros mínimos. En algunos casos éstos son cualitativos porque no se ha podido lograr que los especialistas en esa área se pongan de acuerdo en un número; y en otros casos se ha puesto un número aunque hemos tenido la seria dificultad de definir cuánto es suficiente y en qué manera.

El otro punto es cómo evaluar. Si se trata de evaluar el número, evaluar la calidad, evaluar ambas cosas, y en qué medida el residente es responsable cuando la institución no tiene la capacidad para desarrollar todos esos procedimientos numéricos en el tiempo establecido para la formación. Eso va aparejado con la calificación. Se discutió mucho también si los logros mínimos son simplemente un requisito o deben ser parte de la calificación. Es un tema también que ha sido muy difícil de definir. Se ha tomado el criterio de que deben ser calificados, como una manera de presionar su cumplimiento, con las objeciones que existen al respecto. Sin embargo, en la metodología actual se califican. Tienen un peso del 40%, me parece, de la calificación. Llegar a estos acuerdos, en nuestro caso, ha sido mediante el juicio de expertos. El juicio de expertos que han participado en los seminarios curriculares que se hacen cada tres años. Desde los últimos dos seminarios, se ha basado en el juicio de expertos.

Dr. Paredes: Lo que no tenemos es un estudio que nos asegure que con tantas veces hecho este procedimiento, el residente va a hacer el procedimiento de la mejor calidad. Es simplemente lo que nosotros en nuestra experiencia personal hemos logrado ver. Nos ha costado hacer este procedimiento bien hecho, y lo que queremos es que nuestros residentes, en el tiempo que los tenemos, más o menos con 10, 15 ó 20, ya sean capaces de hacer el procedimiento solos sin supervisión alguna.

Mg. Miranda: En verdad se hizo una búsqueda bibliográfica referencial, y no lo hemos encontrado. Por eso es que básicamente se tomó en cuenta la experiencia de los profesionales especialistas en ello, que ellos consideran cuánto era lo suficiente para poder lograr esta competencia. Por ejemplo, surgieron algunos inconvenientes, algunas universidades fuera de Lima nos manifestaban: nosotros no tenemos esa casuística para lograr ese mínimo exigido, pero el grupo de especialistas decían: sí Uds. no tienen esa casuística, pero ese número es necesario para lograr esa competencia, es necesario que consigan ese número como mínimo. Entonces, el acuerdo que se ha tomado es que si bien en esa sede hospitalaria no existe esa casuística, se debe buscar otra sede hospitalaria, de tal manera que el residente sí adquiera la experiencia. Porque eso es lo que va a poder permitir desarrollar la competencia. No está sujeto a la disponibilidad de un de-

terminado hospital, siempre se mantiene ese logro mínimo y los docentes y el equipo de tutores debe buscar la oportunidad para que ese residente pueda lograr esa competencia.

Dr. Pastor: Un punto interesante en la definición de estos estándares mínimos a lograr por el residente, o logros mínimos, es que va a permitir eventualmente definir un problema que actualmente tiene el sistema, es decir, saber cuántos residentes es capaz de absorber un servicio, qué capacidad de formación tiene un servicio. Actualmente, no hay una manera objetiva de definir. Esto probablemente sí nos permita definir, por lo menos numéricamente, cuántos residentes puede recibir en formación un servicio determinado.

Dr. Díaz: Nos gustaría saber cómo es la acreditación de sus sedes docentes en vuestros países, y si esto se articula con la acreditación subsiguiente en los hospitales, ¿en el mismo manual de acreditación van la parte de servicios de salud con la de sedes docentes?

Lic. Díaz: En los Estados Unidos existe una organización diferente que acredita clínicas y hospitales, que enfatiza más con respecto al paciente, los servicios médicos que proveen comunicación y los derechos del paciente. ACGME es el comité que acredita a los programas y a las instituciones, como las llamamos, a las sedes docentes en los hospitales. Hay una serie de estándares, los cuales tienen que ser reunidos por las instituciones para poder ofrecer programas de residentado médico. Si la institución no está acreditada no puede existir ningún programa de residentado médico. Si la institución pierde su acreditación, automáticamente todos los programas que se desarrollan allí pierden acreditación. Una de las cosas que se le exige a instituciones es la parte administrativa. Se le exige una organización bien definida acerca de cómo se va a conducir la acreditación médica en esta institución. Se le exige, por ejemplo, que cada cierto tiempo, antes de que ACGME venga a revisar los programas, se haga una auditoría interna por cuenta propia. Así, cada cierto tiempo nosotros revisamos los programas según los estándares. En esta autoevaluación por los mismos directores de la institución, se debe ver que las instituciones brinden ciertos recursos a todos los programas médicos, por ejemplo, obviamente, los pacien-

tes, los servicios asistenciales, como cardiología, y los secretariales, para que los residentes puedan tener un ambiente más educativo y menos de servicio. No es fácil de llegar a este balance, especialmente en los Estados Unidos, pero eso es lo que tratan de lograr. También exigen que se remunere al tutor. No existe una cantidad fija, pero se pide que se les pague algo adecuado para poder cubrir sus gastos. Para las instituciones, la acreditación de los programas de educación es algo más general. Se evalúa qué recursos proveen nuestras instituciones a ellos para que puedan cumplir los programas sus metas.

Dr. San Esteban: Creo que lo ideal sería que los logros mínimos sean calificables y no requisitos. Creo que es muy difícil, y se presta a que halla muchos errores. Siempre se ponen metas, pero se presta a que ocurran dificultades. Por ejemplo: ¿qué pasa si el residente de segundo año al terminar hizo 45 ultrasonografías y no 50?, ¿no pasa?, ¿no va a tercer año? Lo ideal sería calificar, y no necesariamente, numerar esos puntos. En todas las profesiones y en todos los oficios habrá buenos y habrá malos, y de todas maneras con este mínimo nadie garantiza que con hacer 10 tomas de biopsia de cuello uterino alguien ya sabe hacerlo. Habrá quien no pueda, y calificarlo, que sería lo ideal, es un mecanismo tan complicado para tratar de evaluarlos a todos que resulta prácticamente improbable hacerlo de la manera justa. Así, éstos han sido algunos de los argumentos para que en algunos lugares se abandone el número, planteándolo como una actividad pero no necesariamente numérica. Ciertamente que en México, a pesar de que tenemos programas únicos y no especifican esto, sí ha habido la intención de apartarse de especificar un número determinado de procedimientos. Eso ha tenido también malos resultados, porque de pronto en algunos lugares resulta que un cirujano general en su tercer año no había hecho más que una colecistectomía, y nunca había participado en un proceso laparoscópico. Y qué hacemos entonces, ¿no lo promovemos?, ¿lo dejamos en este año? No se puede quedar en ese año porque el sistema administrativo lo empuja. No puede reprobado. Nosotros, igual que Uds., tenemos una cantidad de dinero asignada por grupo. Por cada residente admitido, tenemos un presupuesto que le va a pagar tres años, y la computadora de la tesorería dice que el dinero entra por tres años. Si de pronto lo retrasamos un año, arruina todo el negocio. La parte administrativa viene a

ser un obstáculo. Creo que sí habría que definir un sistema de competencias muy claro, pero también el hecho de definir qué hacer cuando no se cumple.

Dr. Pastor: En nuestro caso, un elemento esencial es el tutor, que puede decir sí a pesar que no ha alcanzado el número, sí ha alcanzado la competencia.

MSc. De Bezerra: Con relación a otro aspecto que se mencionó, en Brasil las mujeres embarazadas tienen cuatro meses de licencia remuneradas, pero al terminar tienen que completar los cuatro meses, que también son pagadas.

Dr. Palomino: En Perú, por Ley no hay trabajo que no sea remunerado.

Dr. Pastor: En nuestro sistema, cuando tienen unos meses sin cubrir, lo que hacen es cubrir los meses como requerimiento académico, pero sin remuneración, al final del residentado.

Dr. San Esteban: Nosotros no admitimos residentes sin pago porque es un problema legal, no porque todo trabajo de residentado sea remunerado sino porque ¿qué pasa si en el curso de un procedimiento hospitalario, ocurre un accidente donde se ve involucrado un residente que no está contratado por el Sistema? No hay forma de culpar al estudiante porque no era miembro del equipo de salud, no era ni un empleado ni un estudiante del sistema.

Lic. Díaz: En Estados Unidos no hay ningún estándar legal que diga que se le tiene que pagar, porque existe el dilema de si son estudiantes o si son empleados, pero sí le proveen los *malpractice* o beneficios legales.

MSc. De Bezerra: En Brasil tienen que ser remunerados. Existe un mínimo obligatorio. No es considerado médico residente si no tiene una beca. No es considerado empleado, la Residencia Médica es considerada entrenamiento en servicio. Además, tiene derecho a hospedaje. Puede ser que more en el Hospital. Si la institución no puede proveer hospedaje, debe proveer 30% de la beca adicional al médico residente. Igualmente debe garantizarse la alimentación en el Hospital.

Dr. Palomino: Comprendo que es muy difícil poder calificar a un residente y darle la acreditación de acuerdo a esa calificación, pero tenemos que buscar alguna base de calificación. La apreciación subjetiva de su desempeño como residente es difícil de evaluar, depende de la persona y podemos ser muchas veces injustos, pero el cuantificar un procedimiento bajo una tutoría, que garantice que los procedimientos han sido bien hechos, que estén refrendados por la persona que vio el procedimiento, garantiza esos mínimos requerimientos, esas mínimas competencias, de acuerdo a los logros mínimos que se han establecido. ¿Qué pasa si, por ejemplo, le faltan 5 procedimientos de 50 que tenía que hacer y llega a 45? También lo hemos considerado. A veces no será en el primer año que se exigen los procedimientos pero pueden lograrse al culminar la carrera. Pero, si las exigencias son tales que este hospital no puede brindarle esta cantidad de procedimientos, quizá porque tiene muchos residentes o porque no tiene la casuística o logística necesaria, entonces permitimos una rotación fuera del hospital, donde él pueda completar el procedimiento bajo una tutoría igual que la que hay en su hospital. Creo que ésa es la forma más idónea, más justa, que tenemos para evaluar a un profesional y darle nuestra acreditación de que va a ser un buen especialista en el desempeño profesional después que termine su programa. Es discutible, pero estamos en la balanza de ver qué es lo más justo y aquello que garantiza que el profesional esté bien preparado.

Dr. San Esteban: Creo que necesitamos un sistema de evaluación con un proyecto muy bien organizado que defina cuál de estas variables son las que van a influenciar la vida profesional de estos estudiantes. Estamos ante una difícil decisión, porque todas tienen pro y todas tienen contras. Quizás lo que deba de hacerse es una especie de seguimiento que a la larga nos permita decir que aquél que hizo 50 cesáreas en su segundo año, 10 años después es un mejor ginecólogo que el que no. Pero mientras no hagamos un sistema que nos diga qué variables son las importantes, siempre será discutible. Nuestra profesión es tan variada, así como las misiones que nos imponemos representar, que se vuelve muy complicado. En algunos hospitales, el proyecto de investigación es fundamental, y es que la visión de ese lugar es preparar mejores investigadores. No es preparar ginecólogos y obstetras comunes y corrientes, sino preparar ginecólogos y obstetras orientados hacia la investigación. Pero en otros sitios, en otras sedes donde se

ofrece la misma carrera, quizá con las mismas exigencias, su misión puede no ser esa sino preparar ginecólogos y obstetras que profesionalicen muy bien, aunque no se dediquen a la investigación. Entonces sus estándares mínimos deben ser diferentes. Creo que es un camino que todavía tiene mucho qué recorrer, pero si el mecanismo de hacer los estándares sobre los que basamos estos niveles de competencia es muy importante, quizá la palabra clave son niveles, porque no podemos pedir la misma competencia a unos que a otros. El estandarizar a los especialistas que producimos en un país tiene sus ventajas y desventajas, porque hay muchos que van a orientar su carrera de otra manera. Quién trabaja en el centro más especializado, que hace mayor investigación, tiene que hacer otras cosas además de esos mínimos, y luego tratar de combinar esos mínimos. ¿Cuáles mínimos de estos podrían ser realizados por otros no especialistas? Vuelvo a insistir aquí un poco sobre los médicos generales, ¿cuáles son los mínimos de competencia de un médico general que los hace diferente al especialista? Por ejemplo, un médico general debe dar un mínimo de 200 consultas de ginecología y seguir 200 embarazos, y eso lo prepara. Entonces esa no es labor exclusiva del ginecólogo. Un médico general debe atender un parto, entonces ya no es una competencia exclusiva del ginecólogo, es una competencia también de un médico general. ¿Un médico general debe hacer una operación cesárea o no debe hacerla? En nuestro país no es una cuestión de si debe o no debe, a veces tiene que hacerlo, porque no hay nadie más que lo haga. Entonces, ésa no es una competencia del todo de un obstetra. Muchas de estas competencias pueden ser compartidas por otros médicos que no son especialistas. La pregunta sería ¿cuáles son las variables que definen qué cosa es un especialista en ginecología y obstetricia? ¿Dónde está la línea que nos dice esto sólo lo puede hacer un ginecoobstetra, un especialista? Esa línea es muy difícil de definir y en este país lo es más todavía, sobretudo porque no son uniformes. No es lo mismo un especialista que vive en Miraflores, a uno que vive en una población muy alejada y que también es ginecoobstetra, y que tiene que hacer otras cosas. Entonces, ponerles a los dos los mismos estándares de competencias profesionales no deja de ser injusto. Hay que ser cuidadosos en plantear los estándares, y muy cuidadosos en la forma de evaluarlos.

Lic. Díaz: Una forma en la que ACGME, así como las sedes docentes, han tratado de evaluar ésto es por la cantidad de pacientes, la variedad de procedimientos que tienen. En realidad, ésto está cambiando. Hay algunos *boards* que exigen cierta cantidad de procedimientos y de operaciones. ACGME lo que ha hecho en el pasado es evaluar todo lo que los residentes hacen en rotación y tomar promedios de lo que hacen en procedimientos y funciones específicos, y si ven que en una universidad están haciendo mucho menos que el promedio, que es un porcentaje, entonces se señala que no hay suficientes pacientes. Se está tomando el promedio de lo que se está haciendo cada año en los Estados Unidos.

Dr. Palomino: Lo que hemos establecido no ha sido un promedio, sino un consenso. Imagínense, un hospital de Lima tiene de alrededor de 1800 camas, un hospital de provincias fuera de Lima tiene entre 100 y 500 camas, la patología que pueda recibir va a ser mínima con relación a los hospitales de Lima. Entonces, el paso que hemos dado es buscar un consenso, no un promedio. Podría ser un promedio, pero era más difícil hacerlo. Un consenso que diga que este mínimo es lo básico, lo mínimo que podemos exigir. Por supuesto, puede ser mucho más, y en investigación va a sobrepasar en las instituciones que tienen programas de investigación en Lima especialmente. Pero el ginecólogo tiene que ejercer no solamente en Lima, sino en todo el país; entonces, los ginecólogos que se van a formar, hablando de ginecología, tienen que tener las habilidades, las destrezas que le da la formación para poder resolver los problemas en localidades alejadas de Lima.

¿Cómo buscar un punto que diga de aquí para arriba es suficiente?. Es muy difícil, y probablemente nuestros estándares van a tener que ser revisados cada año, para ver como ha caminado y cuántos de éstos se están cumpliendo. Y si ha cumplido la primera promoción que salga, cómo va a ejercer su profesión con esta preparación. Por lo pronto nos está sirviendo para evaluar las sedes.

Nosotros tenemos sedes que se han incorporado de la Seguridad Social, fuera de Lima, en sitios donde verdaderamente necesitábamos profesionales. En Puno, por ejemplo, hemos visto que algunas condiciones propias del hospital son excelentes, la casuística puede ser muy buena, pero es muy reducida. Entonces, obligadamente este residente para obtener el títu-

lo va a tener que complementar los estudios, sus capacidades, en otro hospital, cercano a la zona o en Lima, o encontrar ciudades grandes en el sur del país. La idea es que al finalizar tengan lo mínimo que le de una capacidad para resolver los problemas cuando tengan que afrontarlos.

Dr. Huerta: Estoy en calidad de representante de los médicos residentes y sobre este punto de los protocolos, nosotros que nos matriculamos ya hemos tenido una experiencia con los logros mínimos y los requerimientos. Sin embargo, surge también un problema también de aplicación, que se presenta cuando un médico residente rota. El que califica al final del mes es el Jefe del Servicio. El jefe de servicio califica una serie de rubros, incluyendo el desempeño, la colaboración, etc. Pero si uno rota fuera de su servicio, él no ve si ese mes yo he acumulado dos, tres o cuatro cesáreas. Entonces, hay un divorcio entre lo que dicen los logros mínimos que he logrado y la calificación que se realiza. Creo que va a dar problemas a CONAREME, y me imagino que se verá durante este año el problema de la calificación.

En segundo lugar, otro punto importante es el de las instituciones. El tipo de pacientes que tenemos en el Seguro Social es diferente al tipo de pacientes que van a instituciones públicas del Estado. Eso también restringe al residente para determinado tipo de procedimientos. El paciente del Seguro Social es especial para varias cosas y hay muchos problemas médico legales. Por ello, cada vez se restringe más al residente al momento de hacer algunos tipos de procedimientos. Por ejemplo, en el Seguro Social no estamos permitidos de hacer consulta solos. En el Ministerio de Salud hay compañeros que hacen consultas solos frecuentemente. Obviamente sus logros mínimos los van a obtener más fácilmente que yo en algunos rubros. Igual ha de pasar a la inversa.

Dr. Palomino: Es bien cierto que estos problemas han estado suscitándose, justamente porque no ha habido un programa. Ahora lo tenemos, y este programa es un consenso a nivel nacional. Esto comienza a caminar y ahora va hacia delante. No nos detenemos en los problemas del pasado. En cuanto a los tutores, ellos deben tomar un papel importante. Ya no va a ser el jefe de servicio el que a ojo de buen cubero va a evaluar a un residente, ponerle la nota y promoverlo al año siguiente. Ahora va a ser una califica-

ción, según nuestro concepto más ligado a las experiencias, a las habilidades, a las destrezas, a los conocimientos que tenga el residente. Eso por supuesto tiene que ver con un cambio, y este cambio lo vamos a tener que evaluar poco a poco, porque es muy difícil pasar de un sistema antiguo, donde prácticamente había una paternidad del servicio y dependía mucho del jefe de servicio, a uno nuevo objetivo. A veces el jefe de servicio se enemistaba con un residente y lo jalaba, habiendo podido ser un excelente profesional después, pero ahí se truncaba su carrera. Eso lo vemos frecuentemente en CONAREME por problemas que se suscitan en diferentes sedes. Pero esta situación puede mejorar. En donde sí tenemos que poner todos el hombro es en hacer cumplir lo que nos ha costado tanto tiempo elaborar: estos estándares mínimos. Los que se formen en el Norte hasta los que se formen en el Sur, en la Costa, en la Sierra y en la Selva, todos deben tener un mínimo de habilidades que deben ser logradas durante su entrenamiento y tenemos que cuantificarlas.

Dr. Paredes: Este documento es la base de un estudio de cómo se desarrolla la especialización en nuestro medio. Si nosotros queremos revisar y actualizar el documento, les aseguro que tenemos que cerrar la mitad de las sedes hospitalarias. Les pido a los médicos residentes que tengan mucho cuidado cómo plantean los temas. Acá hay una serie de logros mínimos que debemos ir determinando, primero, si eso significa que el profesional va a ser de calidad o no. El Doctor Baracco, que fue mi profesor, me decía de repente si tú me ayudas en una operación y yo te ayudo en otra, haces mejor la operación. Otro hace cien veces el mismo procedimiento y no logra tener las competencias necesarias para hacerlo bien. Hay que tener mucho cuidado con los logros. Va ha haber sitios donde no van a poder completar los números que están aquí escritos, pero eso nos va a servir para ir modificando nuestro documento, o estableciendo que en ese hospital no puede haber seis residentes sino tres, para que la cantidad de pacientes se distribuya en tres y no en seis, o que la sede se cierre, porque las rotaciones complementarias lo único que están haciendo es crear un problema serio. Entonces, el Comité también tendrá que ir estableciendo una serie de pautas para decir dónde se puede formar y dónde no se puede formar. Otro salida, que vemos en muchas especialidades, considerando que actualmente tenemos ingreso de residentes todos los años, es que

quizás lo mejor sea tener ingresos un año sí y un año no, lo cual va a limitar la producción, pero va a permitir que ese establecimiento siga teniendo residentes, y siga manteniendo un nivel y siga enseñando.

Dr. San Esteban: El Dr. Paredes dijo lo que yo iba a decir. Creo que es la plataforma de la que hay que lanzarse, creo que el esfuerzo que se ha hecho para producir cambios en el sistema es muy bueno pero que va a tener que llevar a un sistema de evaluación íntimamente ligado, que diga qué pasa si esto no se cumple, qué quiere decir si no se hace, cómo se puede mejorar, cómo vamos a evaluar las modificaciones dentro de un año. Yo creo que aquí el problema es que entre todos los residentes, médicos, universitarios, desarrollen un programa de evaluación que sirva como una plataforma. Nosotros creemos que debe de ser así. Hay muchos cuestionamientos realmente, he escuchado aquí varios. Pero son cuestionamientos que hay que hacerse para poder mejorar y para poder ir avanzando, sino simplemente el sistema no va a caminar para nada.

Lic. Díaz: En Estados Unidos hay algo básico, todos los estándares tienen una espina dorsal que es básica, independientemente de las especialidades. Algo que ha sido fundamental ha sido el proceso de evaluación de residentes y el proceso de evaluación por los residentes. Después que el residente termina su rotación, mensualmente se le exige que evalúen si esta rotación ha sido satisfactoria. También se le exige que evalúen a los tutores: ¿cómo fue su relación con el tutor?, ¿cómo le enseñó? Todas estas evaluaciones se reúnen y se cruzan con lo que se exige para el mejoramiento del programa. Cuando se va a revisar algún programa, se le piden ejemplos. Por ejemplo, algo que los residentes dijeron que necesitaban mejorar y cómo se debía mejorar. No todas las cosas que dicen son válidas, pero ven las cosas que están ahí, trabajando y son los que más saben. Y no sé si planeaban un sistema de evaluación formal. Por ejemplo, en los Estados Unidos cada seis meses se les exige a los directores de programa que se reúnan formalmente con los residentes para evaluarlos, para que se vea la cantidad de procedimientos realizados, etc. Es un sistema de evaluación detallado que no depende de la especialidad ni del programa.

Dr. Núñez: Para redondear la idea de la plataforma, esto es lo mínimo que el programa debe garantizarle al residente. Puede ser discutible, puede ir

para arriba o puede ir para abajo, pero el programa tiene que poderle otorgar esto independiente si está en una ciudad o en otra. La posibilidad de poder crear y desarrollar sus destrezas para ser al final llamado un especialista, es lo mínimo que debe garantizar el programa. Sobre esta base, los residentes, CONAREME y las propias universidades ya tienen instrumentos para poder decir si realmente el programa está cumpliendo o no. En Medicina hace ya un año y medio nos hemos puesto a ver si los hospitales están cumpliendo o tienen las condiciones para cumplir. Con el fin de concretar más el aspecto metodológico: ¿cómo hace cada una de las instituciones para evaluar el programa y la sede? ¿Cada cuánto tiempo? ¿Cuáles son las características de la visita? ¿Qué tipo de documentación se acopia para hacer esta evaluación lo más objetiva y veraz posible?

MSc. De Bezerra: En Brasil, para que una institución sea acreditada debe llenar un formulario, que es enviado al Ministerio de Educación. Si es la primera vez, van el Presidente de la Comisión de Residencia Médica, un Coordinador, y un evaluador. Existen varios aspectos evaluados: número y calidad de pacientes, archivos, biblioteca, etc. Todos los hospitales tienen una Comisión de Residencia Médica, acceso a revistas, Internet, condiciones de hospedaje y alimentación, limpieza, seguridad. Para cada uno de estos ítem existe una puntuación, de uno a seis. Deben reunir un 80%. Luego este equipo se reúne con la Comisión de Residencia Médica. La primera vez, se le acredita por el tiempo de duración del programa, máximo de tres años. La segunda vez, se le reacredita por 5 años. En cualquier momento es revisada, ante cualquier denuncia que llegue.

Dr. Núñez: En este sentido iba la pregunta, ¿esta comisión evalúa tanto a la institución como al programa específico? ¿Un mismo equipo?

MSc. De Becerra: Sí, normalmente entre los equipos hay uno de la especialidad que va a ser acreditada.

Dra. L. Díaz: ¿Quisiera preguntar vuestra opinión sobre la importancia de los cursos teóricos como cursos de posgrado, incluyendo los cursos de ética, bioética, metodología y los propios de cada especialidad?, ¿los lle-

van como cursos que implican horas obligatorias o es algo propio de cada institución?

Dr. Palomino: Hasta ahora cada universidad que tiene especialización organiza, aparte de trabajo hospitalario, cursos. Hay cursos generales y otros cursos específicos de la especialidad, y estos también son requisitos para obtener el título después.

MSc. De Bezerra: Nosotros tenemos los siguientes cursos para todos los residentes: Bioética, Estadística, Iniciación Científica y Epidemiología, y tenemos un curso recomendado, de Control de Infecciones Hospitalarias, prácticamente obligatorio. Nuestra carga es 2880 horas por año, o 60 horas semanales, 48 semanas de residencia y cuatro de vacaciones. De esta carga, 10% a 20%, a criterio de la institución, es teórica, y el resto práctica. Cada especialidad tiene cursos obligatorios. Por ejemplo, para Clínica Médica, son epidemiología clínica (se profundiza en este tema), Biología Molecular Aplicada y Organización de Servicios de Salud. En pediatría: Atención Perinatal, Terapéutica Pediátrica, Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Prevención de Accidentes, Crecimiento y Desarrollo, y Atención del Adolescente.

Lic. Díaz: ACGME lleva adelante el proceso de acreditación. Se exigen varios aspectos, incluyendo las rotaciones, las que pueden ser lejos o cerca, pero si es muy lejos entonces hay problemas por la transportación, a menos que le provean medios de transportación al residente. Se le exige información sobre una lista de todas las clases que ofrecen para este programa y se asegura que los residentes tengan tiempo para ir a las conferencias. Entonces existe una lista con conferencias, con todo lo que tengan que aprender. También se evalúa eso, se evalúan las facilidades. Muchas de las solicitudes que llegan a un hospital, preguntan qué tipo de facilidades están disponibles: bibliotecas, laboratorios, rayos x, transporte de pacientes. Todas esas cosas. También se evalúa eso. También se indaga la cantidad de pacientes, qué cantidad de esos pacientes son mujeres, hombres, niños, para asegurarse de la diversidad de los pacientes. También la cantidad de tutores, algunos estándares exigen que haya un tutor por cada residente. Algunos exigen que haya un tutor por cada cinco residentes. Eso

también se revisa cuando vienen a la institución a revisar el programa. Se revisan documentos como los records de los residentes, y se exigen esos documentos para asegurarse que las evaluaciones de los tutores a los residentes estén hechas. Igualmente se evalúa las evaluaciones de los residentes al programa para asegurarse de que las estén haciendo y las estén haciendo con frecuencia. Se examina la documentación para asegurarse que los directores del programa estén evaluando a los residentes de cada segmento. Ellos cuentan las evaluaciones también. Algo que es importante también y que depende mucho de la especialidades, es que hay que hacer encuestas a los residentes, y antes de que vengan a visitar el programa ellos envían una encuesta a los residentes, totalmente confidencial, la cual la tienen que devolver a Chicago, donde se analizan. Así cuando viene el auditor ya tiene las respuestas de los residentes. Muchos programas se han metido en problemas por la encuesta de los residentes, porque permiten ver la realidad de los programas. Es mucho trabajo, porque los sistemas de los hospitales no siempre ayudan a coleccionar este tipo de información.

Dr. Palomino: ¿Existen cursos obligatorios para ustedes?

Dra. Díaz: En Estados Unidos hace un año que se cambió esto, pero se exigía cursos como Medicina Legal, Ética, etc. Ahora, con el cambio de competencias, se requiere que los programas se aseguren de que los residentes sean éticos. Como se aseguran de eso, tienen que enseñar una clase de Ética. Pero al margen de eso, sí hay clases en algunas especialidades como Medicina Interna. Todavía tienen que enseñar Ética y Medicina Legal, igualmente Comunicaciones, y los residentes reciben cursos específicos. Cada especialidad exige ciertos temas que tiene que cubrir en cursos, pero no exige una cantidad de horas, solamente lo llevan. La forma cómo lo hacen es cosa del programa.

Dr. San Esteban: Sobre el número de cursos teóricos, nosotros tampoco ponemos horas específicas, pero hay muchos programas que sí las tienen. A veces un programa inventa cursos que son no curriculares, pero los configuran como obligatorios. Con los cursos no curriculares obligatorios siempre existe el problema de algún residente que demande a la institución por

estarle tratando de enseñar algo que no se le exige en su programa. Aunque la mayor parte de los casos no es así. Estos cursos pueden ser en cosas muy básicas, como Ética, y cosas complejas como Literatura, como para completar su formación humanista.

En cuanto a la evaluación de las sedes, para que un programa se apruebe tiene que tener una sede y ir a la universidad, por eso es mejor ir directamente a la universidad. Una vez que sale de allí debe someterse a la Comisión de Enseñanza, que investiga, califica las sedes mediante una visita. Lo primero que ven es que tengan los implementos mínimos, que varían muchísimo según la especialidad. Si alguien quiere enseñar tiene Genética, debe estar en un lugar donde haya suficientes casos, pero suficientes casos podría significar que haya uno dos casos de Klinefelter al año, a lo mejor eso es suficiente, mientras que en otros procesos debería haber un ciclo. Entonces, se investiga con mucho cuidado que esté de acuerdo al programa, y una vez que se le aprueba, el siguiente paso es que lo apruebe el Ministerio de Salud para poder disponer del dinero para pagar a los residentes. Si no hay dinero, no hay forma de aprobar eso, es incorrecto.

Dr. Pastor: Quisiera tocar un tema que es puesto en el temario a insistencia del Colegio médico del Perú. Me refiero a la obligación de que el postulante tenga el SERUMS –actualmente por definirse–. Para hacer el residentado, para hacer la especialidad, hay una exigencia previa, como un requisito. Se requiere hacer un servicio rural, un servicio social, fuera del ámbito de la capital o de la ciudad donde estudio, para compensar de alguna forma la formación del médico que el estado ha otorgado. ¿A ustedes el Estado les exige algún servicio obligatorio antes de entrar a la especialización?

Líc. Díaz: En Estados Unidos no se exige ningún tipo de servicio social o comunal antes de ingresar al programa. Cuando se está evaluando el candidato para entrar al programa se evalúa parte del perfil que ha aprendido y si ha trabajado en la comunidad. Pero, luego de terminar la especialidad, los que ingresaron a programas militares sí tienen que trabajar cierto tiempo donde los pongan. Por otro lado, existen algunos beneficios para los que deciden después de graduarse ir a trabajar a una área que no tiene muchos médicos en la lista. Muchas veces hasta se le pagan los prestamos de los

estudiantes. Pero todo después que se gradúen. Tienen que pasar tres años en una área donde los necesiten, una área pobre muchas veces, donde no tengan servicios médicos. En retribución, el Gobierno Federal le ayuda a pagar sus préstamos, sus becas.

Dr. San Esteban: Una de las cosas en las que nos hemos estado equivocando todos, incluyendo los que estamos aquí, es en tratar de formar especialistas en los hospitales. Hoy en día hay una multitud de especialidades que se pueden realizar, y algunas veces mejor, en ambientes no hospitalarios, en donde el noventa por ciento de los problemas se resuelven en consultas externas y no tiene que recurrirse al hospital mas que quizás para hacer una rotación ocasional. Por ejemplo, en Neurología el trastorno mas común en los adultos es la migraña, y en hospitales del tercer nivel nunca se ven esos casos. El trastorno neurológico infantil más frecuente es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y a los hospitales del tercer nivel nunca llegan estos pacientes. Muchas de estas especialidades podrían otorgarse en la consulta externa, donde verían el noventa por ciento de las patologías sin recurrir a grandes hospitales. La carrera clínica no quiere decir que tenga que ser en los hospitales. Ese ha sido otro error. Hoy en día la medicina se practica mucho más fuera de los hospitales que en los hospitales, mucho más en las consultas externas.

En cambio, lo hemos hecho al revés, hemos estado preparando especialistas en enfermedades ultraextrañas, de las cuales verán un caso o dos y nunca más en su vida profesional, porque van a salir a practicar a un lugar donde no se concentran ese tipo de patologías. Y si alguna vez llegaran a ver uno en su práctica lo que tienen que hacer es referirlo a otro lugar más especializado. Y eso lo podríamos hacer con todos los médicos generales: enseñarles a referir, porque haber estudiado tanto tiempo para encontrar un paciente de su especialidad y referirlo resulta absurdo. Entonces la sede no debería ser hospitalaria nada más, o se podría desarrollar un buen sistema de sedes en la consulta externa con rotaciones ocasionales.

Dr. Palomino: En la realidad del Perú, los hospitales calificados con nivel tres y cuatro son los únicos que sirven para docencia, pero nosotros hemos acreditado rotaciones en hospitales de nivel dos justamente por este problema. Creo que es algo que queda pendiente para evaluar en el futuro.

Dr. San Esteban: Acerca del SERUM en México, todos los estudiantes de todas las carreras tienen que hacer un Servicio Social antes de graduarse, durante los últimos años. El tiempo depende de la carrera. Algunos son de tres meses, algunos de seis meses, algunos más. Para la carrera de medicina es un año. Para las carreras de ciencias de la salud es un año.

Una vez que uno entra a la universidad a la licenciatura de Medicina, tiene que hacer cuatro años de teoría: dos años de ciencias básicas y dos años de ciencias clínicas, aun cuando hay algunas universidades en el país que están tratando de empezar la carrera clínica desde muy temprano. Después de terminar esos cuatro años, tienen que hacer un año de un internado. Es un internado rotatorio, por seis servicios: Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Urgencias y Servicio a la Comunidad, dos meses por servicio. Después de terminar este internado tienen que hacer un servicio social, que habitualmente dura según el contexto social rural. Los servicios rurales en México fueron uno de los primeros que se establecieron, a principios de los años cuarenta del siglo pasado. Para 1942 o 1943 ya estaban instalados como obligatorios. Pero en 1943 la República Mexicana era 80% rural y 20% urbana, y hoy, como ustedes saben, es 80% urbano y 20% rural. Sin embargo, de todas maneras, hay que tomar en cuenta que son 20 000 comunidades de la Sierra, con menos de 500 habitantes cada una. Eso quiere decir que este 20% implica 20 millones de personas distribuidas en ciudades muy pequeñas, a las que les es muy difícil acceder a servicios de las zonas urbanas. Entonces, allí van muchas de estas personas a prestar un servicio rural. Esto se ha pervertido un poco, en tanto que en el servicio de atención a la salud, ahora en vez de contratar médicos para trabajar permanentemente allí, se aprovechan de los estudiantes para proporcionar la atención médica. Esto produce una contradicción esquizofrénica, por un lado se dice que hay muchas admisiones a las escuelas de medicina y que hay que reducir el número de estudiantes, pero por otro lado se dice que hay que tener más estudiantes para poder llenar los sitios que necesitan. Esta es la contradicción entre los sistemas educativos y los sistemas formales de planeación frente a los sistemas operativos de atención inmediata y solución de problemas que existen. Entonces tienen que hacer uso del servicio social. La mayor parte de los estudiantes lo hacen, excepto los médicos. Hay una serie de mecanismos colaterales que utilizan para tratar de evitar los servicios sociales. Los servicios sociales

se pueden evitar por tres caminos. Se puede evitar estando enfermo si alguien está enfermo –tiene un linfoma de Hodgkin, tiene que ser radiado cada semana–, si uno es trabajador del estado y va perder su plaza –por ejemplo, un oficinista que puede haber estudiado medicina de día y trabajado de oficinista de noche para el servicio público, si lo mandan de servicio social va perder su plaza– y, tercero, puede dedicarse a la investigación. Este proceso ya existe, uno por ciento de todos los estudiantes de medicina podrían hacer su servicio social en los laboratorios de investigación de más alto nivel, de donde surgió que una gran cantidad de estudiantes, un día antes de empezar el servicio social, notaron su vocación por la investigación. Hubo muchas solicitudes que no fueron aceptadas.

Todos los demás se van, contra su voluntad pero todos se van –o por lo menos los que no pueden evitarlo–. Pero habitualmente, en las universidades públicas sobre todo, se van con mucho entusiasmo. Muy pocos son remunerados, pero tienen derecho a habitación en los centros de salud. Los centros de salud tienen habilitada una habitación para ellos. Habitualmente no tenemos problemas. Sin embargo, siempre estamos al tanto, sobre todo con las mujeres, especialmente, porque son muchachas de unos 23 años, que van a ir a una comunidad donde no tienen contacto con otros médicos, con otros profesionistas, donde a veces tienen que conocer una nueva cultura, o donde hay lugares hay unos sitios abiertamente peligrosos. No hemos tenido hasta el momento problemas. Ninguna médico de servicio social ha sido violada, ninguna ha sido asaltada, aunque sí hay casos en que han sido amenazadas. Estamos muy vigilantes, y una médico en su servicio social que resulta amenazada de cualquier forma, inmediatamente es evacuada de allí. E inmediatamente quiere decir ese día. El último caso que recuerdo fue el de una muchacha que nos llamó porque esa misma mañana en su puerta habían aparecido preservativos pegados. Esa tarde ella estaba fuera de esa ciudad. Pero esas son excepciones. La mayor parte no pasan eso, consideran que es normal, como producto del Estado. Aunque los ricos no quieren ir, nos cuesta trabajo, pero allí van.

Una vez que terminan la carrera entran a la especialización, la cual contempla un servicio rural profesional obligatorio. Esto quiere decir que tienen que pasar a un segundo servicio social durante su último año de estudios en la especialidad, pero solamente van las cinco especialidades básicas – Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia–, los otros

no van. Este es un servicio social de sólo cuatro meses, y es en alguna comunidad que esté cerca del sitio donde se estuvieron formando y que les pueda prestar facilidades para desenvolverse mejor. Desde este lado, se dice asistirán a este lugar para poder poner en práctica los conocimientos que el sistema educativo les ha proporcionado, y poder encontrar un lugar donde puedan desarrollarse y complementar su formación. Desde el otro lado se dice que asistirán a un lugar donde no haya médicos para que puedan solucionar los problemas, que como ya van mejor preparados que los que salieron primero, resolverán un problema asistencial más rápidamente y nos ahorrarán algún dinero. Estos son los dos puntos de vista. Al final, la realidad resulta bastante mezclada. Los muchachos van contra su voluntad y contra la voluntad de los servicios hospitalarios, que dicen que se rompe la unidad en la formación. Lo que pasa es que no quieren que se vayan porque dejan los servicios casi vacíos, sin atender. Algunos encuentran la forma de arreglarlo bien: lo hacen en pequeños hospitales, van a pequeños hospitales en ciudades cercanas y a veces funciona extraordinariamente. A veces resuelven mucho, ayudan mucho y trabajan mucho. Un residente de cirugía de último año, por ejemplo, puede hacer muchas cosas. Sobre todo porque no hay nadie más que lo haga, y ya lo hacen sin supervisión. Pero hay que hacerlo de manera muy coordinada, porque a veces los residentes se van de servicio social profesional y se deprimen al no encontrar los recursos necesarios, como los que había en su hospital.

MSc. De Bezerra: En Brasil, hasta la década del '70 todos los médicos residentes pasaban por un servicio obligatorio en la comunidad, por dos meses. En el último año del curso médico, el internado se dividía en cinco áreas: Pediatría, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Medicina General y Medicina Comunitaria, y Ginecología y Obstetricia. El internado de Medicina General y Comunitaria normalmente es de 12 semanas en una comunidad. Por otro lado está el Servicio Militar Obligatorio, que puede evitarse mientras se está en la universidad, pero al terminar ésta, o al finalizar la residencia, uno puede ser llamado para el Servicio Militar Obligatorio. Pero incluso es agradable para las chicas: reciben un buen salario y tienen tiempo para estudiar para la residencia médica. Actualmente, desde el 2000, el Gobierno está lanzando un gran programa de Medicina de Familia, en el que se le ofrece al médico recién graduado la oportunidad de trabajar en

una ciudad que no tiene médico. En el Brasil tenemos más de 1000 ciudades que no tienen médico. Actualmente se remunera razonablemente, con 2000 dólares mensuales, pasajes de ida –no de vuelta–, casa y comida por un año. Se está estudiando la posibilidad de hacerlo obligatorio, ya sea al final de la facultad, o después de salir de ésta. El Consejo Federal de Medicina no acepta que el estudiante vaya a la comunidad –en donde muchas veces no hay médico que supervise– y no está autorizado para prescribir medicamentos.

Dr. Palomino: En el Perú, el servicio rural al comienzo era antes que el médico terminara su carrera, o sea que tuviese el título, pero eso creo un problema médico-legal. Entonces, lo incluío después que el médico termina, o sea con título, para que sea responsable de sus actos médicos.

Dr. San Esteban: La verdad es que no hemos tenido problemas en 60 años que tiene instalado el servicio. Y lo que se hace con las prescripciones es que se utilizan las prescripciones del Ministerio. Pero entiendo muy bien que podría haber problemas cuando alguien empieza a protestar por esto, pues es ilegal. Es ilegal así es.

Dr. Pastor: El doctor Santiesteban expresó que este segundo servicio se hace por cuatro meses, pero no me quedó claro si se hace dentro de su último año o posteriormente.

Dr. San Esteban: Dentro de su último año. Me olvidaba decirles, el servicio que se hace al final de la carrera de Medicina no se califica, pero es obligatorio, si no se hace, no se puede ser médico.

Un comentario conceptual respecto al servicio social, casi todos nosotros hemos abandonado la visión del servicio social como una remuneración a la patria. Eso se utilizó mucho. Los estudiantes deben hacer el servicio social para poderle regresarle al país todo lo que hizo por ellos, otorgándoles la posibilidad de ser médicos. Yo he propugnado que se abandone este propósito. Primero, porque eso no incluye a los que pagaron por su educación, como en las universidades privadas. Segundo, porque implica que terminando el servicio social uno diga “gracias patria, estamos a mano, gracias por todo”. Lo que el sistema hace por ellos, por estos muchachos

que adquieren educación gratuita, es mucho más que eso y no se paga con una atención.

Líc. Díaz: En el caso de EE.UU., aunque no sea un requisito obligatorio, sí se promueve. Antes de entrar a la facultad de medicina, cuando le están evaluando el perfil, evalúan la cantidad de horas de trabajo a la comunidad, de trabajo voluntario hecho. Lo mismo para las universidades. Es lo que se promueve en todos los sistemas de educación. Hay premios para los residentes que hagan trabajo voluntario durante la residencia. Hay el Premio Nacional para un residente que haya colaborado algo en especial de trabajo a la comunidad. Esto es algo que se promueve mucho durante toda la educación, desde la escuela primaria y secundaria.

FINANCIAMIENTO, ASPECTOS MÉDICO LEGALES, TITULACIÓN, RESPONSABILIDADES DE LAS UNIVERSIDADES

Dr. Paredes: Nuestro sistema de residentado en el Perú debería tener dos formas de financiarse. La parte académica debe ser financiada por las universidades y la parte hospitalaria la financian las entidades prestadoras de salud donde se desarrolla el sistema.

El Ministerio de Salud oferta 949 plazas y éstas se reparten aproximadamente en 300 por año –primero, segundo y tercer año de residentado–. Las universidades que tienen algún sistema un poco diferente en sus especialidades, como cuatro o dos años de duración, tienen que jugar con estas plazas. Las plazas son formalmente programadas por tres años.

EsSalud oferta un número de plazas pero no son plazas estables como las del Ministerio, que lleva más de quince años. EsSalud cada año programa un determinado número de plazas, pudiendo haber, como se ha llegado en alguna oportunidad, 160 plazas en un año, para bajar al siguiente a cien plazas, y pasar a 300 el siguiente, lo cual crea un poco de desconcierto en las universidades por la forma en que tiene que repartirse las plazas en cada una de las universidades que tienen posgrado. Algo similar, aunque un poco más estable, es lo que sucede con los institutos armados, que son cuatro: la sanidad de la Policía, del Ejército, la Marina y la Aviación. Cada una de ellas oferta plazas. Pero aquí es donde el sistema por norma, por el

Decreto 008-88-SA, establece que los institutos armados tienen 75% de las plazas que ofertan –llamadas plazas cautivas–. Éstas son exclusivamente para miembros de la institución, y no las puede ocupar otra persona. De allí parte la discusión en la que nos encontramos: si se debe mantener esta diferencia. En algún momento se sustentaba en los problemas limítrofes con otros países o en el problema del terrorismo. Entonces las instituciones deberían tener un número de médicos que pudiesen salir de las capitales centrales para cubrir dichas necesidades. Pero actualmente, como discutimos dentro del Comité, ya no existe ninguno de estos problemas, por lo menos de magnitud. Entonces, ¿deben seguir teniendo este número de plazas cautivas y no estar abiertas a todos los profesionales en general?

Desde hace aproximadamente tres años se han abierto un número muy reducido de plazas otorgadas por instituciones privadas, principalmente por laboratorios farmacéuticos, que otorgan becas para determinadas especialidades, en las cuales se consumen productos que ellos producen, y luego les exigen a los residentes que durante su período de formación hagan trabajos de investigación sobre sus productos. El residente les hace un pago mediante la investigación, para poder desarrollar su proceso de formación. Éste es el financiamiento, pues obligatoriamente, por ley, hay que pagarle a los médicos residentes.

Por otro lado, existe un financiamiento del cual no se tiene una idea de cuánto significa, y quizás ustedes puedan orientarnos un poco más: el costo que significa a nivel hospitalario tener profesionales en entrenamiento. Siempre hemos manejado una cifra arbitraria, de que el costo hospitalario aumenta en un 30% cuando se tiene profesionales en entrenamiento. Esto porque los profesionales en entrenamiento necesitan pedir una serie de análisis, una serie de estudios, en cantidad mayor a la realmente necesaria. La permanencia del paciente es un poco mayor porque el residente trata de tener al paciente hasta que esté perfectamente bien y ver toda la evolución completa. Y en la consulta externa, ésta se hace un poco más lenta cuando. Éste es un financiamiento que es dado por las instituciones prestadoras de servicios de salud y por los mismos pacientes que en nuestros hospitales del Ministerio de Salud pagan por la consulta y por los estudios auxiliares que se requieran, incluyendo que en la mayoría de los casos ellos compran sus propias medicinas. Por lo tanto, es un financiamiento mixto, oculto, del cual no se habla, pero existe. Es sobre este aspecto que nosotros queremos

tener la opinión de nuestros invitados. Por parte de la universidad, el financiamiento debe estar dado a nivel de los profesores o de los coordinadores. Todos estos profesionales deben apoyar. Sin embargo, la mayoría de las universidades no tenemos el número de profesores con carga horaria – y con pago– suficiente como para cubrir eso y utilizamos a los médicos asistentes de estos servicios sin ninguna remuneración. Éste es otro de los costos ocultos que deberían ser considerados.

Dr. Palomino: Dos aspectos complementarios con respecto a lo señalado por el doctor Paredes, es lo que se está produciendo en el Perú en los últimos años: un reforzamiento del sistema como tal en sus componentes. Sin embargo, uno de los problemas que enfrentamos es que en la medida que se van asumiendo las responsabilidades, se requiere una estructura funcional y financiera de las instancias correspondientes. Concretamente, el Comité Nacional financia sus actividades a partir de un pago que hacen los postulantes, aproximadamente 30 dólares. Esto permite el financiamiento del Comité nacional.

Dr. Paredes

Un aspecto adicional, es que en nuestras universidades, incluso en algunas universidades estatales, el médico residente está pagando una tasa educativa mensual.

Dr. Palomino

Uno pensaría que en el caso de los médicos residentes, a similar trabajo, debería corresponder igual remuneración, y esto no es así. En el Perú no es así porque los residentes que trabajan en los hospitales de MINSA y en los servicios de salud del sistema de Seguridad Social tienen sistemas únicos de pago, arreglados por la ley del trabajo médico; sin embargo, a igual trabajo, los residentes de las instituciones armadas ganan menos porque están regidos por otro sistema que es el de remuneración militar, donde ganan por el grado que tienen en la institución.

Dr. Pastor: Para puntualizar un aspecto que de alguna manera señaló el doctor Paredes, el financiamiento de la remuneración de los residentes está dada junto con el otorgamiento de la plaza por las instituciones

prestadores, pero, especialmente en las públicas, no se financia el papel de las universidades. En nuestro medio, estas cifras son variables, en las universidades públicas no llega a treinta dólares por mes. El residente paga una cuota mensual a la universidad, pero una de las fortalezas asumimos que es la tutoría, y ¿cómo podemos financiar el pago a un tutor cuando en algunos casos tenemos solamente un alumno por especialidad? Entonces no es posible cubrir el costo de un tutor por alumno con solamente 240 soles. Además, porque con eso también se tiene que cubrir los costos operativos la universidad. Aparte, también tenemos profesores responsables, tenemos coordinadores. Entonces, ¿cómo hacen en otros países para financiar esa parte del sistema?. Es decir, ¿el estado le da a la universidad una parte por el manejo administrativo del programa, o ellos perciben a través de la contribución de los propios alumnos del programa? Para nosotros es a través de la contribución de los alumnos, la cual es muy pobre para poder sostener óptimamente el sistema, sobre todo el sistema tutorial.

MSc. De Bezerra: De los hospitales en que se desarrolla la residencia médica, 44 hospitales son federales, el resto son estatales y particulares. El Ministerio de Educación y Cultura (MEC) paga a 4000 residentes, el resto son pagados por el sistema estatal o privado. El MEC da un incentivo a cualquier hospital para ser sede de residencia médica. Ese incentivo es dado en porcentaje sobre la facturación del hospital. Ese incentivo puede ser empleado en enseñanza o investigación. Si usted tiene un hospital, usted aplica para la residencia médica, y si es aceptado, recibe el incentivo. El médico residente descuenta de su bolsa –beca– únicamente el seguro de salud.

Líc. Díaz: En Estados Unidos los programas de residentado médico comenzaron a principios del siglo XX por hospitales, como en otros países, y los hospitales les pagaban un salario a los practicantes por vivir en el hospital y estar al cuidado de los pacientes. Ahora mismo se están haciendo muchos estudios sobre cuánto cuesta entrenar a un residente. Incluso algunos quieren saber –porque nadie sabe– cuanto hay que dar en gastos secundarios. La educación de posgrado, en general, está financiada por las facultades, por el Gobierno y por otras instituciones como el NIH a través de *grants* –dinero para investigación o para programas–. El Gobierno, des-

pués de la Primera Guerra Mundial, decidió que era importante invertir en la educación médica para aumentar la cantidad de médicos que estaba produciendo Estados Unidos. El Gobierno comenzó un estado de finanzas que ayudó a las instituciones, las cuales entendieron que entrenar residentes era algo muy lucrativo, y el Gobierno comenzó a dar a todos los hospitales dinero para las remuneraciones de los médicos residentes, para el salario de los tutores y para los gastos básicos administrativos. También el Gobierno empezó a dar dinero a los hospitales por los gastos indirectos, como para equipos especiales –por ejemplo, monitores para que los residentes puedan ver–. Todos esos gastos no son directos, pero suben la cantidad de gastos en los hospitales. Estados Unidos está dando miles de millones de dólares a los hospitales. Mientras más residentes, más dinero. Entonces, se pueden imaginar lo que paso: la cantidad de residentes aumentó. Entonces se dijo no más, y en 1997 el Gobierno Federal puso un máximo de dinero que iba a devolver a los hospitales por entrenar residentes. Pero quiero explicar esto porque el Gobierno Federal sólo paga por su porción de Medicare. Hay una formula para que el Gobierno Federal devuelva el dinero por entrenamiento, una formula muy compleja. En general, dependiendo de la cantidad de pacientes y residentes que tiene el hospital, se calcula una cantidad específica que se le da. En Nueva York, por ejemplo, hay algunos hospitales que estaban recibiendo 200 000 dólares por residente. Una cantidad increíble. Por eso Nueva York está entrenando 15% de los residentes de Estados Unidos. Hay otros estados que cuando sometieron su información, no sometieron la información correcta y se les dio mucho menos dinero que a otros estados. Ahora ésto está cambiando, el Gobierno no quiere invertir tanto dinero. La mayor parte del financiamiento de posgrado es por hospitales, y organizaciones como el NIH con sus investigaciones. ACGME cobra 2000 ó 2500 dólares por programa a cada institución anualmente. Así es como ellos se financian. Tienen un presupuesto de alrededor de 16 millones de dólares. Es todo un sistema nuevo, desde hace dos años. Este pago depende del tamaño del programa. Nosotros pagamos como 200 mil dólares, porque tenemos 65 programas. Ellos también reciben dinero por conferencias, así como algunos *grants*, no tanto de dinero sino por investigación, pero la mayor parte del ingreso de ACGME es por la cantidad de dinero que le cobran a las instituciones por programa acreditado. Y si es un programa nuevo, que no ha sido acreditado, se le cobra 3500 dólares la

primera vez. En cuanto a los tutores, en Estados Unidos se está promoviendo que los programas desarrollen presupuestos de educación, con el fin que los hospitales devuelvan cierta cantidad a la universidad por los tutores. Por ejemplo, en Yale, ¿cuánto se le paga al tutor? Depende de la especialidad, pero podríamos hablar en promedio de 90 000 dólares anuales.

Dr. San Esteban: En cuanto al sistema de becas, ningún estudiante de posgrado puede trabajar en una institución del Sistema de Salud si no está remunerado, pero solamente lo pueden nombrar las instituciones públicas –a través de un sistema de becas que se le otorgan a cada uno de los aspirantes que fueron seleccionados– o los hospitales privados, a través de un sistema de becas registrado por el sistema público. Ellos las pagan, pero registran cuántas son. No es posible que algún estudiante asista a una educación de posgrado pagado por otra entidad o persona. Esto se estableció porque cuando en algún momento se facilitó el hecho de que algunas instituciones privadas patrocinaran con becas a algún estudiante, el resultado fue muy previsible: las instituciones farmacéuticas comenzaron a patrocinar a algunos estudiantes para que estudiaran posgrados, y luego vino la fundación privada que llevaba el nombre del papa del estudiante, que patrocinaba a su hijo. Esto abrió una distancia enorme entre los ricos y los pobres otra vez. Entonces resultaba que los que podían estudiar eran los que podían pagar, y por eso se suspendió. Solamente puede pagar el Gobierno a través del Sistema de Salud, o los hospitales privados a través de registrar sus becas con el sistema público. El sueldo, como la beca, de todos los estudiantes de posgrado en Medicina es el mismo, no importa donde trabajen. Un estudiante de primer año gana alrededor de 500 dólares al mes. Un estudiante del séptimo u octavo gana alrededor de 1000 dólares. Las universidades cobran una colegiatura a los estudiantes de posgrado. La colegiatura que cobran no es homogénea. Cada universidad cobra la colegiatura de acuerdo a su política. Las universidades privadas cobran colegiaturas mucho más elevadas que las universidades públicas, pero dentro de las universidades públicas también hay una variedad en costos. Las instituciones de salud han comenzado a cobrar a sus estudiantes por el uso de sus instalaciones, puesto que existe, en efecto, lo se llama costo de la enseñanza: el deterioro del equipo, el tiempo invertido, los estudios especiales. Por ejemplo, comenzaron por cobrarle a las universidades

privadas que no tienen hospitales –además, comenzaron a cobrarles también el costo de realizar el internado, porque el internado médico es obligatorio y tiene que realizarse en un hospital, y la universidad que no tiene un hospital tiene que alquilar los servicios de un hospital pagando por este servicio–. Los hospitales le cobran entonces a la universidad un porcentaje de la colegiatura que los estudiantes tienen que pagar en las universidades privadas. Con las universidades públicas este arreglo no se había hecho por mucho tiempo, aunque ahora las universidades públicas lo que hacen es compensar, llegan a un acuerdo con el Sistema de Salud sobre cómo compensar esto. Así, la universidad pública que utiliza los servicios de este hospital para su internado, sus estudios de posgrado, etc., no le paga dinero pero le instala un servicio de educación a distancia, le coloca una biblioteca, hace una sala de cómputo, etc. De alguna forma les retribuye por el servicio que están haciendo. En algunos lugares todavía no se ha hecho esta negociación. Las universidades no le pagan nada al Sistema de Salud, ni en dinero ni en especie. O el Sistema de Salud no les cobra. A veces esto llega a ocurrir. Hay una universidad que anunciaba que tenía un extraordinario programa de posgrado en Neonatología, el cual se llevaba a cabo en un hospital del Sistema de Salud al cual no le pagaba ni un centavo, y a los profesores que daban el curso ni siquiera les reconocía –les daba un papel que decía muchas gracias por su colaboración– pero en cambio sí cobraba la colegiatura a los estudiantes que hacían los cursos. Esto me parece totalmente injusto. Lamentablemente está muy mal. Si las universidades no pueden tener un sistema de posgrado –si no tienen dinero para hacerlo–, pues no deben tenerlo. La educación cuesta y alguien la tiene que pagar. Al sistema no entra dinero por ningún otro lado. Por el contrario, cuando se otorgan las becas se hace por tiempo definido, no pueden transferirse. Si un estudiante entra a Medicina Interna y al terminar el primer año decide dejar los estudios, esa beca ya no se usa para nada más, todo se recoge por el Ministerio de Economía.

Dr. Pastor: Con remuneraciones de 500 dólares mensuales, ¿en qué monto está la colegiatura.

Dr. San Esteban: La colegiatura viene a ser como de trescientos dólares al año.

Dr. Pastor: ¿Cuánto percibe un tutor?

Dr. San Esteban: Un tutor percibe como trescientos dólares, pero varía porque no depende del número de alumnos, sino del número de horas que utiliza. Puede dictar entre una o más horas diarias. Existe un acuerdo en el cual el Sistema de Salud acepta que sus médicos sean contratados por la universidad simultáneamente –y reciban este dinero extra al sueldo que ya reciben como médicos en la organización– y que le dediquen parte de sus horas a la enseñanza.

Dr. Palomino: En el Perú, el sistema de residentado médico está regulado por el Decreto Supremo dado por el Gobierno, el cual articula a las instituciones formadoras con los hospitales. La coordinación entre los dos pilares es en el Comité Nacional de Residentado Médico. Éste obliga prácticamente a todos los hospitales a participar en la enseñanza de posgrado sean o no docentes de la universidad. Es una obligación del Sistema que permite a los hospitales que sus médicos participen en el sistema aun no perteneciendo a la universidad. Ahora, lo que han hecho las universidades es designar tutores en algunos hospitales, a los cuales muchas veces no les paga nada, sólo el agradecimiento con un certificado. El otro aspecto es el pago de los residentes, el cual ha variado mucho. Al comienzo, antes que se diera la Ley del Residentado Médico, las instituciones pagaban de acuerdo a las normas y condiciones económicas que tenían. Hasta que vino la Ley de Trabajo Médico, que incluye a los residentes. El tercer aspecto es aquél que alguna vez ha querido asomarse como propuesta: los hospitales que brindan el sistema de residentado médico quieren cobrar a los residentes porque, como dijo el Doctor Paredes, hay gastos que involucran la enseñanza que encarecen la atención médica. Pero esto no es posible mientras no se cambien las leyes.

Dr. San Esteban: Yo creo que es una aventura insostenible tratar de cobrar a los residentes. Es totalmente insostenible porque el día que los residentes no trabajan, derrumban el Sistema. Si los residentes y los internos deciden que no van a trabajar, el Sistema de Salud se cae. Así, el día que los internos del Servicio Social decidan que ya no quieren trabajar bajo esas condiciones, 10 000 comunidades se quedan sin atención médica, y explota el

sistema. No creo que sea viable. Es una posición inaceptable, ilógica e inviable.

ASPECTOS MÉDICO LEGALES

Dr. Rivera: Dividiremos esta presentación en responsabilidad civil, penal, y, por ultimo, las principales causas que llevan a problemas médico legales. La responsabilidad civil es la determinación del nexo entre un resultado dañoso –término de abogado– y la acción realizada. En este tipo de responsabilidad se debe distinguir lo siguiente:

- La responsabilidad subjetiva. Es cuando se tiene el elemento cognitivo que determina la vinculación entre el médico, el paciente, el acto y el resultado. Así, tenemos dos tipos de responsabilidad subjetiva: el dolo y la culpa. El dolo es cuando deliberadamente no se ejecuta la obligación; por ejemplo, cuando un anestesista está programado y deja el hospital, causando un problema médico legal. El otro es la culpa, la cual es de dos tipos: leve –cuando hay omisión de la diligencia ordinaria exigida por la naturaleza de la obligación; por ejemplo, es el médico que no verifica la existencia de una autorización informada– e inexcusable –cuando es una diligencia muy grave; por ejemplo, el médico que extirpa el riñón derecho y no el izquierdo–.
- Responsabilidad objetiva. Es aquella proveniente de la simple verificación de un daño, sin tener en cuenta el aspecto cognitivo del médico. Por ejemplo, un médico tiene que indemnizar por algo que se ha constatado, aun lo cual no halla sido probado científicamente.

En la responsabilidad civil, el objetivo en sí es la indemnización.

La responsabilidad penal sucede por errores en el diagnóstico y errores que se dan en el propio acto médico. Negligencia es la falta de diligencia exigida, la falta de empeño necesario, la falta de preocupación y la falta de control. Imprudencia es el exceso de autosuficiencia y manipulación. Impericia –el tipo de problemas común en los residentes– cuando no se sabe lo necesario, hay ignorancia de las reglas específicas, una aptitud insuficiente y una falta de destreza.

Los requisitos para determinar la responsabilidad penal son: fijar las causas del daño y el vínculo entre la causa y el efecto.

Las causas comunes de potenciales reclamos son el resultado adverso a la

terapia, maltrato a sus pacientes, especialidades de alto riesgo (centros quirúrgicos, especialmente anestesiología, emergencia), deterioro de la relación médico-paciente, exigencia de óptimos recursos dado los grandes avances tecnológicos, deterioro de la relación entre médicos, búsqueda de indemnización, desconocimiento por parte del médico de los derechos del paciente.

En nuestros hospitales, y particularmente en nuestra institución, generalmente el problema médico legal que más predomina es la falta de una adecuada tutoría.

Nuestro hospital tiene las siguientes sanciones: cuando el médico residente es sancionado en caso de falta de respeto, de palabra u obra, desacato a la autoridad, abandono de la guardia o del trabajo hospitalario, negligencia profesional, inasistencias, tardanzas reiteradas, peculado en actividades hospitalarias, consumo de bebidas alcohólicas y/o estupefacientes, juegos de azar en el local hospitalario, o portando el fotocheck fuera de éste, o presentarse al trabajo en estado etílico o bajo efecto de drogas. Las medidas disciplinarias son inicialmente una amonestación verbal, luego pasa a ser una amonestación escrita, y por último puede haber una comunicación tanto a las unidades de posgrado, CONAREME y/o el Colegio Médico. Los residentes están bajo tres instancias disciplinarias: el Colegio Médico, la institución laboral en lo asistencial y la universidad en lo académico. En algunas faltas graves sancionadas anteriormente con una amonestación escrita, el servicio propondrá la separación temporal o permanente de los residentes sin goce de haber.

Dr. Paredes: Creo importante señalar que en nuestro medio no existe un seguro de mala práctica médica; por lo tanto, el médico que incurre en una mala práctica tiene que responder por él. Desde hace tres o cuatro años quizás se ha empezado a formar abogados en el manejo de la mala práctica médica. Sin embargo, se habla de un seguro de mala práctica pero no existe en el mercado. El problema que surge es qué hacemos las universidades y los hospitales con aquellos problemas de mala práctica que cometen los médicos residentes, ya que la ley en el Perú establece, me imagino que igual que en otros países, que el médico es responsable total y absoluto del acto médico que ejecuta. ¿Cómo se les ayuda? ¿Cómo se les puede proteger? ¿Qué mecanismos utilizan otros países para hacer esta cobertura?

Dr. San Esteban: En México se les da protección legal. Se les paga los abogados. Se los protege en todo lo posible. Esto lo ganaron en un caso: una residente estaba de guardia a las dos o tres de mañana, los médicos asistentes que deberían estar allí no estaban, ella estaba sola, llegó un paciente con lo que parecía un hemotórax, y en la evidencia de que el caso se agravaba progresivamente, y con peligro inminente de muerte, le puso un tubo en el tórax para drenarle el supuesto hemotórax. El hombre murió y el residente fue acusado de perforar la aorta con el tubo. Después de la autopsia fue verificada la perforación de la aorta. Sin embargo, la aorta perforada era la aorta abdominal. De todas maneras, el residente fue acusado de responsabilidad de esta muerte y se le hizo una orden de arresto, pero no se llevó a cabo porque presentó un amparo para evitar el arresto. Se abrió el juicio, y se encontró que estaba siendo acusada equivocadamente. Se abrió todo un escándalo, del cual ella salió libre y se le otorgó al fin protección legal. La institución de salud no se hizo cargo, la universidad no se hizo cargo, el médico que debía estar no estaba y envió una justificación. En fin el médico residente trató de salvarle la vida. Ahora todos tienen seguro y es financiado por el Sistema de Salud y el Gobierno.

Dr. Palomino: En el Perú, una de las bondades que tenemos, con los Estándares Mínimos de Formación y éste sistema de logros mínimos, es establecer procedimientos y cuál es la función del residente. Como ven, en Ginecología y Obstetricia muchas de las funciones en primer y segundo año son bajo supervisión. En el tercer año algunas o casi todas son sin supervisión. En el Colegio Médico, en la Comisión de Informes Técnicos, se evidencia que –en muchos de los casos médico legales que han llegado a la Comisión– nadie trata de ver la secuencia de los hechos y el residente viene a ser corresponsable, cuando el responsable es el tutor que eligieron en esa sede. Entonces, las penalidades son diferentes, y éstos estándares son algo que van a tener que usar en los Comités de Informes Técnicos Médico Legales del Colegio Médico. Así vamos a ver el verdadero grado de responsabilidad, ya que no es lo mismo hacer un procedimiento bajo tutoría que hacerlo solo sin supervisión.

Líc. Díaz: En Estados Unidos es algo parecido, los tutores son responsables del paciente y ellos están dentro del procedimiento, el residente puede

llamarlos, o pueden estar allí, y en algunas especialidades, como Anestesia, en todas las intervenciones siempre hay un tutor. Además, los médicos y los residentes sí tienen seguro de mala práctica. Cuando hay algún problema legal en el que está envuelto un residente –y si hay que pagar algo– el seguro de mala práctica lo cubre, pero el médico tutor es el médico responsable, independientemente que estén en primer año, segundo año, tercer año, cuarto año, donde sea. La responsabilidad primordial es del tutor. Hay leyes que varían por estado. Por ejemplo, en Colorado, como estamos en una institución pública, hay una cantidad máxima de dinero –que se llama inmunidad de gobierno–, por la que sólo pueden demandar a los médicos por cierta cantidad de dinero, y el paciente, independientemente de lo que desea, sólo podrá recibir la cantidad designada por el Gobierno. Todos médicos tienen su seguro de mala práctica. También se les da clases, cursos acerca de la mala práctica, desde negligencia médica y todo eso. Por ejemplo, se creó un curso por Internet acerca de diferentes casos y se da un examen al final de cada caso. Hay otros programas que actúan como si estuviesen en una corte.

MSc. De Bezerra: En Brasil existe lo siguiente: en principio, si un residente tiene título, tiene registro, es médico y como tal responsable por sus actos. Pero el residente es parte de un programa de docencia en servicio, por lo tanto, el responsable siempre tiene que ser el tutor del servicio. Sin embargo, tenemos una lluvia de procesos contra médicos residentes, tanto en el Consejo Federal de Medicina como en la justicia común, y tenemos abogados que se especializan en estos procesos. Ambos, en principio, tienen igual responsabilidad; sin embargo, si durante una guardia, por ejemplo, el tutor no se encuentra, entonces la indicación es que escriba en la Historia Clínica que él buscó ayuda y no encontró al asistente. Esto es especialmente importante para el transporte de pacientes graves de un hospital a otro, cuando el médico residente va a transportar a este paciente. En este caso, el residente escribe que fue enviado por el preceptor para trasladar al paciente. Así en caso de algún problema con el paciente, él no será responsabilizado. Pero en suma, no tenemos seguro para los médicos residentes. El hospital brinda medios para defenderse, pero si hubiese que pagar, es el propio médico residente el que paga.

Líc. Díaz: Es importante señalar que los residentes médicos residentes no pueden cobrar por los servicios médicos que ellos prestan, todo lo que ellos hagan tiene que ser firmado por el tutor

Dr. Palomino: En el Perú, la gestión actual del Colegio Médico ha creado un fondo cuyos recursos están destinados a pagar a un abogado en los casos de médicos que en cualquiera de las condiciones tengan un proceso judicial. Es algo nuevo que recién esta comenzando a funcionar en este año.

Dr. San Esteban: En México ocurrió que cuando se ofreció el servicio de un abogado pagado por el Sistema de Salud lo rechazaron porque era muy malo, entonces se llegó a un arreglo en el que el Sistema de Salud pagaba al abogado que uno eligiera.

Dr. Caravedo: Lo señalado por el Dr. San Esteban pasa frecuentemente. Tenemos abogados en nuestros hospitales que pierden todos los casos. Esto ocurre por diversas razones –no tiene experiencia, es un funcionario público y como es empleado del hospital ha perdido su práctica, etc. Esto puede suceder si se institucionaliza esa figura. Lo mejor es que cada uno contrate su abogado y que le ayuden a pagarle a ese abogado. Si la Federación contrata un abogado, no necesariamente tiene que ser un mago, pero corre el riesgo que no sea el abogado más idóneo.

Dr. San Esteban: La principal causa de demanda en México es la falta de información. Todo se arregla con información. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una Comisión que se armó como intermediaria entre el sistema legal y el sistema médico, de modo que la mayor parte de las demandas no tengan que llegar a los juzgados y se puedan arreglar mediante el arbitraje médico. La mayor parte de las demandas que recibe es por falta de información, las personas se contentan con una buena información y no hubiesen demandado si alguien les hubiese informado con precisión que es lo que estaba ocurriendo. De allí, se insiste mucho que los médicos en formación reciban formación e información de cómo tratar estos problemas y cómo tratar a los pacientes.

Ahora ha surgido esta corriente de organizaciones de democracia y derechos humanos contra los médicos. Se refieren mucho a la arrogancia de los médicos y de la manera impertinente y arrogante con que tratan a los pacientes, como si fueran subordinados, animales, y los maltratan e insultan. Abusan de ellos a veces de la manera más dulce, desgraciadamente. Dicen “haber, mamacita, quitate los calzones”, “haber hijita acuéstate”, insultando a estas personas. Los médicos hemos aprendido a tratar a nuestros pacientes de la forma más arrogante. Esta actitud se va a terminar y, desgraciadamente, no por la buena voluntad del médico, sino porque los pacientes empiezan a demandar a los médicos –como ya lo están haciendo– por arrogancia, por maltratos, por insultos.

Dr. Paredes: A nivel de legislación, en el Código Civil, Código Penal y a nivel de la Ley General de Salud, está bien establecido que el médico es responsable del acto médico que ejecuta. Entonces, una vez que uno recibe su título y se inscribe en el Colegio Médico, es totalmente responsable de lo que ejecuta. En el ámbito del Colegio Médico puede haber atenuantes. El problema es cuando uno va al Palacio de Justicia. Allí no hay ningún atenuante y eso es claro.

Dr. Huerta: Aquí en el Perú están habiendo casos, en las guardias nocturnas en Centros Obstétricos, donde –como el residente es el único que está despierto firmando todas las historia– en los que residentes tienen que acudir al Palacio de Justicia. Obviamente con otros médicos, pero como van todos los que han firmado allí, entonces va también el residente, y muchas veces los jueces no distinguen cuál es la diferencia, pues no hay jueces determinados que manejen actos médicos. Los residentes estamos optando porque todo lo que hagamos durante la noche debe estar firmado por el médico asistente, porque él es el responsable. Nosotros ya no estamos firmando. Eso se da también porque los médicos asistentes a veces deslindan su responsabilidad amparándose en que un médico titulado firmó la historia, y ellos no. Entonces, hay que distinguir cuál es la participación del médico residente dentro del equipo de guardia, la cual es diferente de la del cargo asistencial. No firmamos como medida cautelar, pero pienso que esto debería estar normado.

INVESTIGACIÓN DURANTE EN EL RESIDENTADO

Dr. Pastor: Si bien la investigación ha estado contenida en los planes de estudios del residentado desde sus inicios, es recién en el año 1988, con las Normas Básicas y su Reglamento, que se estipula el trabajo de investigación como un requisito para titularse. Antes era una de las actividades incluidas en la formación del residente, pero no tenía ninguna exigencia legal. Según la Norma, en el segundo año de formación –en el supuesto que al inicio todos los programas de residentado en nuestro país, de acuerdo a esta norma, eran de tres años– los residentes debían presentar su proyecto, el cual es aprobado por la universidad, por su comité de especialidad, y es entonces ejecutado. Así, terminar con su último año con el trabajo de investigación realizado, calificado y aprobado, es uno de los requisitos para su titulación, además de los cursos y la práctica profesional de las rotaciones que han realizado. Un problema para los médicos residentes ha sido el cumplimiento de este requisito. Siempre ha habido un poco de retraso en cumplir el requisito de investigación para titularse. No hay un canal de financiamiento para estos trabajos. Ellos consiguen de modo personal las líneas de financiamiento para su trabajo de investigación. Aunque de por sí en el medio no hay muchas fuentes disponibles para conseguir estos recursos. Ellos reciben cursos, capacitación, pero no tienen un apoyo en la estadística –por ejemplo, en el manejo de datos–, lo cual les hace difícil cumplir con este requerimiento. Lo otro que encontramos como defecto global del Sistema es que no hay líneas definidas de investigación. El tema de investigación está librada al libre albedrío del residente.

El sistema tutorial tiene las deficiencias que se han señalado, pero también tiene deficiencia en el apoyo que el residente necesita para efectuar investigación. Estas investigaciones son a título personal. En ellas no intervienen las jefaturas de servicio, otros médicos del servicio. Eso también les resta apoyo. Éste es uno de los escollos más duros de superar, aunque en los últimos tiempos ha mejorado.

Dr. Paredes: En este documento de Estándares Mínimos figura detalladamente la investigación. En el primer año, con supervisión directa, elaborar protocolos o proyectos de investigación de interés de la especialidad; en el segundo año, con supervisión directa, desarrollar trabajo de investigación;

y en el tercer año, con supervisión directa, elaborar y publicar el Informe Final. Es decir, no sólo está en las Normas, sino también figura en estos estándares que hemos aprobado.

Dr. Caravedo: Un punto conceptual fundamental es el definir a qué llamamos investigación. La investigación en última instancia es investigación y análisis. Cuando señalamos los criterios en los Estándares, no significa que la investigación deba requerir una gran inversión y cantidad de tiempo. Hay temas sencillos, relacionados a su quehacer, y que requieren análisis. Creo que esto ha complicado muchas veces el tema, aparte del propio pobre desarrollo del Sistema para este efecto.

MSc. De Bezerra: En el Brasil es parte de la evaluación. La evaluación del médico residente se hace trimestralmente, y uno de los criterios que se evalúa al final de la residencia médica –refrendada por Resolución– es una Monografía, trabajo en congreso o publicación de trabajo científico en revista indexada. Se exige dos de estos tres, no estando regulada si debe ser primer autor. Normalmente, el residente y el tutor hacen el trabajo, y ambos figuran en el trabajo, pero no está definido si el residente debe ser primero, o no.

Lic. Díaz: En Estados Unidos se prefiere que los tutores tengan una buena base de investigación. ACGME revisa regularmente las publicaciones del cuerpo de profesores, de los tutores, de los residentes. Se evalúa la cantidad que reciben por *grants*. Cada *board* tiene requisitos especiales. Como señalamos, ellos solicitan que el médico tenga que hacer un año de investigación, y tiene que publicar. Algunos *boards* no solicitan esto. Se evalúa la publicación de residente, generalmente éstas son por 5 años. En ocasiones se solicita formación en investigación. Se dan cursos de Estadística. Por otro lado, todas las instituciones que reciben ayuda del Gobierno Federal tienen que cumplir una serie de requisitos. Hay algunos programas que dedican tres meses o más para hacer investigación. Usualmente, estas investigaciones son pagadas con *grants*.

Dr. San Esteban: En México, si bien está establecido por norma que el médico debe presentar un trabajo de investigación, ésta es una de las mayores farsas en la educación médica. Si esto fuese cierto, México publica-

ría 3500 trabajos en revistas indexadas, y ocuparíamos –como país– uno de los primeros lugares. La razón es que no hay muchas formas de hacerlo de una manera honesta. Sí hay muchas formas de hacerlo parecer. Producen un trabajo de media categoría, y con ello consideran que cumplieron; pero realmente no contribuyen de manera significativa al desarrollo. Y creo que una de las razones también es que la investigación no es algo que se pueda hacer por decreto. Se produce como consecuencia de la actitud de la institución. En las instituciones donde se “habla” investigación, se “respira” investigación y se realiza investigación, es muy fácil que los médicos residentes realicen investigación. Por ejemplo, en la Seguridad Social, donde el tutor tiene que atender 40 pacientes, uno detrás de otro, y cuenta con la colaboración del médico residente para acometer esto, ¿en que tiempo va a investigar? Algunos colegas lo podrán hacer, pero la mayoría no tienen tiempo ni actitud para hacerlo. En centros de alto desarrollo, al paciente se le ve en la medida que sirva para entrar en un protocolo, y el médico residente sí puede incorporarse fácilmente. Pero creo que todo esto tiene que ver con qué esperamos, qué buscamos al pedirle que haga investigación. ¿Acaso mejorar la calidad y cantidad de información que producimos como país? No creo. Si pretendiésemos eso, hemos fracasado. Lo que creo que sí es bueno, es que ellos entiendan, no conozcan, entiendan que estudiar es mejor que no estudiar. Entender qué es investigar, cuál es la evidencia por la que las cosas son así, que las decisiones que se toman sobre base científica son mejores que aquellas que se toman sobre base empírica, y que ellos van a ser mejores médicos con esta manera de pensar. Pero nadie los puede obligar a que piensen así, sobre todo cuando la mayor parte de los profesores que están con ellos no son así. Mientras la investigación no sea una parte integral del quehacer de la institución y del equipo médico, ellos no van a aprender. En todos los países que conozco se coloca este requisito, y que deben ser trabajos de calidad, pero en muy pocos se dan las condiciones para esto.

Dr. Pacheco: Creo que en el Perú, el problema es que no se ha abordado políticamente la investigación. En parte está el componente financiero, pero también está la falta de preparación para investigar. Las entidades en general no promueven la investigación. Por ello, en San Marcos, en el primer año, les pedíamos a los alumnos una monografía o tan sólo una revisión

estadística, porque entendíamos que aún no tenían la preparación para proponer una investigación.

Lic. Zárate: Hace algunos meses tuve la oportunidad de estar en una reunión del Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Algo que presentaron, innovadoramente, fueron unos concursos anuales, auspiciados por laboratorios farmacéuticos, para trabajos de médicos residentes. Habían encontrado una muy buena respuesta de los médicos residentes. Coincidiendo con el Dr. San Esteban, el INEN reúne mejores condiciones para desarrollar la investigación.

Dr. Paredes: EsSalud está en ese camino. Justamente se han establecido los Cursos de Metodología de la Investigación para sus médicos de planta, con el fin de que empiecen a investigar, con el apoyo de la institución.

Dr. Caravedo: Confirmamos que las instituciones en donde los médicos residentes publican, es en aquellas donde mas investigación se hace. Lo que quiere decir que nuestra acción se debe centrar sobretodo en los profesores. Los médicos residentes están expuestos a una dinámica de trabajo. Hubo mucha discusión si para la especialización debería pedirse investigación, y no mas bien realizarse un examen de grado, reservando la investigación para la maestría. Particularmente, creo que la investigación es algo que se vive, y no se aprende en cursos de metodología de la investigación. El poner este requisito en realidad propicia que se hagan trabajos de mala calidad, que se reduzca a un trámite administrativo.

Dr. San Esteban: En algunas instituciones, hospitales de muy alto nivel, con un ambiente de investigación muy propicio, donde de manera regular se publican varias decenas de trabajos en revistas importantes, algunos de los residentes, no todos, se inscriben en un programa en el que simultáneamente a la especialización, llevan la maestría de ciencias médicas y podrán terminar el doctorado. A los alumnos que escogen este programa, se les dispensa de un determinado número de horas asistenciales, para que puedan dedicar a esta maestría. Este programa requiere un esfuerzo mayor, sus tutores tienen que ser investigadores nacionales calificados, la idea de ese programa es formar investigadores.

Líc Díaz: En Estados Unidos, ACGME no pone tanto énfasis en lo que el residente tiene que hacer, sino en lo que la institución, el servicio y el tutor hace. Igualmente, se puede hacer paralelamente el doctorado y la especialización.

EVALUACIÓN, TITULACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Dr. Paredes: En la norma que nos rige, se señala que el médico residente debe ser evaluado tanto por la universidad, en los aspectos académicos, como por la institución de salud, en los aspectos laborales. Existe la norma que establece que el residente con la aprobación de los años correspondientes y la presentación del trabajo de investigación debe ser titulado por la universidad a nombre de la Nación, siendo inscrito por el Colegio Médico para ejercer como especialista.

El sistema de evaluación en las 10 universidades es totalmente diferente. Cada una evalúa en forma particular, hay puntos comunes, pero muchos diferentes. Algunas dan mucha importancia a los cursos que deben tomar, hay otras que no imparten ningún curso, ciñéndose únicamente al desempeño en el hospital.

Dr. San Esteban: Es muy difícil plantearse la evaluación de una de las partes. La evaluación debe ser integral, de formación y no terminal. La evaluación más importante es la evaluación del programa, y no del residente. Porque si uno evalúa al residente, y encuentra que no sirve, el que no sirve es el programa. Porque uno va a aprender, y sino ha aprendido, el que no sirve es el programa. Debe evaluarse el binomio tutor-alumno, pero es totalmente injusto evaluar sólo al estudiante. La evaluación debe ser formativa de los programas, y no terminal del residente. En las evaluaciones terminales todos pasan, nadie reprueba, de una manera o de otra. Me gusta mucho la evaluación por objetivos. Es decir, ¿cuáles son los objetivos del programa?, ¿cuál va a ser el estándar de oro?, ¿cuándo decimos que el programa cumplió o no? Se establecen entonces las condiciones de antemano, no tanto en términos cognitivos, ni siquiera en actividades, sino en términos de actitud, de toma de decisiones. Finalmente, todos los estudiantes reciben su diploma –que es doble, por la universidad el título de especialista, y por la institución de salud que otorga un certificado de que culmi-

nó su entrenamiento de salud-. Asimismo, tenemos un tercer diploma que le otorga el Consejo de la Especialidad, el *board* de especialistas, y que presenta en cuanto termina la residencia. Si las cosas terminan normalmente, el médico recibe dos diplomas, el de la universidad y el del consejo de la especialidad, que son los que valen. El certificado de la institución de salud tiene un valor exclusivamente decorativo. Con estos dos diplomas puede solicitarle al Gobierno, al Ministerio de Educación correspondiente, la autorización para la práctica de esa especialidad, y se le otorgará una autorización legal para poder practicar.

Los colegios médicos en México no han tenido la fortaleza que deberían, ni han cumplido con su deber constitucional. Los colegios médicos en México, instalados en 1917, se hicieron legales en la constitución del '17, posterior a la revolución mexicana. Pero del año 1917 al año 1997 no hicieron nada, no cumplieron con su papel como tal. Entonces surgieron otras organizaciones, los consejos, para emular al colegio norteamericano. Si los colegios existieran, no hubieran hecho falta los consejos. Entonces la recertificación está a cargo de los consejos de su especialidad. Durante mucho tiempo, los consejos tuvieron una actividad ilimitada, pero ilegal. Y los médicos –como una expresión de lo que yo considero es una maravillosa actitud académica que envuelve a la gran cantidad de colegas en mi país, su país y en muchos países– aceptaron someterse a exámenes de los consejos, pagar por ellos, estudiar por ellos, presentarse, volverse a presentar, desarrollarlos, etc., sin que eso le sirvieran para nada, sin que tuvieran ningún valor legal, laboral, académico, de ningún tipo, con el único fin de reconocer sus males. Entonces, llega la recertificación. En México no puede existir la recertificación de una manera legal. Cuando los profesionistas terminan, se les entrega un documento llamado la cédula profesional, que es un documento como el de ustedes, que les autoriza a practicar *de por vida*. Y lo autoriza el Estado. Cuando planteamos que esto debería ser limitado, hubo una sacudida bastante fuerte y dijeron que no había problema, en cuanto todos los otros profesionistas entraran a este sistema, cuando los arquitectos, contadores, abogados, pedagogos, maestros, todos, aceptarían que no podían practicar su profesión mas que tres años antes de tener que recertificar. Sólo entonces los médicos también aceptarían que esto ocurriera. Entonces, hay que cambiar la constitución, hay que cambiar ley. En un país que recién nace a la democracia, sobretodo legislativa, en estos

momentos pasar cualquier ley en el Congreso es prácticamente imposible, puesto que las fuerzas están terriblemente divididas, y cualquier diputado que presente algún proyecto de ley obtendrá inmediatamente la desaprobación de los otros dos partidos fuertes. Entonces ninguna ley puede pasar, porque todos están opuestos. Esto va tardar quien sabe cuántos años, pero lo estamos tratando de hacer de manera interna por convencimiento y por práctica. Y en la práctica sí está ocurriendo: los médicos sí se están recertificando, aunque no sea legal, aunque no tenga ningún reconocimiento más que la de los pares. Estamos haciendo la recertificación cada cinco años y así hay que hacerlo. En Bolivia hace 10 años trataron de imponerlo desde el Estado, promulgaron la recertificación cada cinco años sólo para los médicos y nadie más. Al día siguiente, Bolivia estaba sin médicos. Los médicos se pusieron en huelga, paralizaron el Sistema de Salud, el Gobierno tuvo que retroceder y se acabó la recertificación. Hubo un caos y se retrocedieron 30 años en algo que se hizo perfectamente mal. No puede ser por el Sistema, tiene que ser por convencimiento y práctica, y ustedes lo han logrado así, cada tres años, sin que nadie los obligue a hacerlo. Mientras sea voluntario, esta bien. En nuestro caso es voluntario, quien quiera no hacerlo, puede no hacerlo, y no hay nadie que pueda hacer algo al respecto, porque si alguien pretende hacer algo, será demandado ante los tribunales.

Dr. José Pacheco: ¿Quiénes integran los Consejos?

Dr. San Esteban: Los Consejos son asociaciones civiles. Originalmente estaban constituidos por los notables. Los consejos ya tienen 30 años de existencia y lógicamente se van rotando. Entonces se elige a los que siguen, los mismos consejeros, las nueve o doce personas que forman cada consejo de especialidad. En estos momentos, hay alrededor de 50 consejos. Ahora tenemos unos consejos de Medicina General. Establecimos hace unos pocos años unos consejos estatales y luego un Consejo Nacional de Medicina General que se ocupa de recertificar a los médicos generales. Esto me parece mucho más trascendente, porque hay cien mil médicos generales, y ya captamos como a 60 mil; y para recertificarlos este Consejo no les exigió nada. La certificación era gratuita, y se les otorgaba con sólo presentar su cédula profesional, les daban un diploma que decía: *el conse-*

jo certifica que Ud. es un Médico General y certificado para ésto. El plan que hicimos –sigo siendo asesor de recertificación del Consejo Nacional de Medicina General– fue hacer una base de datos muy fuerte, muy bien hecha y muy bien armada, y le dimos el diploma a todos, y nos vemos dentro de cinco años. Porque los primeros ya van a cumplir los cinco años, y ya no importa que a ellos se lo hayamos dado así nada más: para el segundo, si lo quieren conservar, van a tener que pagar por él y van a tener que cumplir los requisitos de recertificación que ahora ya se pusieron. Ahora todos están embarcados dentro del Sistema, pero la calidad se va a elevar en la medida en que ellos entren a un sistema de educación médica continua, que es muy activo. Logramos establecer los mínimos, para poder otorgar puntos curriculares por actividades académicas. Eso es algo que no había. Encontramos la forma de entregar puntos curriculares exclusivamente a las actividades académicas, y no otorgarles a actividades comerciales.

Lic. Díaz: En Estados Unidos, el protocolo de evaluación está bien definido por ACGME. Habíamos mencionado antes que ellos exigen que se evalúen a cada residente máximo cada seis meses –otros programas piden que se evalúen mensualmente o al final de la rotación–. ACGME pide que los residentes evalúen a los tutores. Igualmente, exige que los tutores y el cuerpo médico se reúna al menos anualmente para evaluar el programa, los cursos, a los residentes y que mantengan el registro de esto. Cuando se visita el programa, ellos exigen ver las notas de las reuniones en las cuales ellos evaluaron el programa. El sistema de evaluación de Estados Unidos está cambiando por las nuevas competencias que se están formando, en especial exigir a los programas de que tengan métodos con el que puedan evaluar cuán ético es un residente. Hay sistemas buenos, como usar simuladores, también pacientes controlados, que son actores. Son métodos de evaluación que se están explorando por las competencias. Otro método es la evaluación a 360 grados –la evaluación donde todas las personas que están en contacto con el médico residente lo evalúan: las enfermeras, los técnicos, los médicos, los tutores, los pacientes–. Se están explorando diferentes métodos, diferentes instrumentos para la evaluación del residente, y esto es algo que es bastante difícil. En el método de enseñanza no hay problema, se ha hecho por muchos años. Pero la evaluación está siendo mucho más difícil –una evaluación que sea válida, no solamen-

te una lista en la que ellos marquen o escriban unos comentarios-. Si de verdad el residente no debe estar practicando, en el programa tienen que tener los documentos necesarios de las evaluaciones para poder sacar al residente del programa. Otra cosa que se exige al programa, dependiendo de la especialidad, pero lo es en la mayoría, es que para la certificación del programa, los *boards* les piden a los directores del programa que anualmente o al final del programa llenen una evaluación de los residentes –la evaluación final–, que diga que tal residente cumple todo esto. El tópico de procedimientos depende de la especialidad, y la someten para que el residente pueda presentarse al examen para su certificación. El Comité de Medicina Interna lo exige cada año, por tres años, a todo residente. El programa envía a la junta de recertificación una evaluación, que habla del residente en ese año.

MSc. De Bezerra: Un aspecto central que me preocupa es el sentido de la evaluación integral del médico en los programas de residencia médica. Conuerdo con lo señalado anteriormente, creo que en la medida en que un programa es bueno, el médico no desaprueba, parto de ese principio. No existen alumnos malos, existen programas malos. En Brasil, la evaluación es prevista y normada. Se señala que: *la evaluación periódica del médico residente es a través de pruebas escritas, orales, práctica o de desempeño por escala de aptitudes, que incluya comportamiento ético, relacionamiento con el equipo de salud, interés y responsabilidad en las actividades*. La frecuencia mínima de esta evaluación es de tres meses. Los criterios y resultados de la evaluación deberán ser de conocimiento del médico residente. Esto es muy importante, porque hemos tenido procesos judiciales: al fin de un año se estima que un residente no es bueno para continuar en el programa, pero no se presenta los resultados de la evaluación del médico residente. Él se enteró que no era bueno al final del año. Es importante que sepa cómo esta siendo evaluado, que reciba los resultados. Desde hace un año se exige que se entregue esto a los residentes, que él firme el cargo de recepción, para que en caso sea separado del programa, él haya sido avisado previamente. La promoción del médico residente para el siguiente año exige que el médico residente haya cumplido la carga mínima del programa –2880 horas– previsto en la legislación. Tuvimos una huelga reciente de médicos residentes, y ellos tendrán que cumplir la carga horaria.

Con respecto a la reevaluación, al final del proceso de formación recibe el título de especialista del Gobierno –firmado por el Ministerio–. Sin embargo, las sociedades también expiden sus títulos de especialistas. Lo que se ha conversado con algunas sociedades, es que en vez de hacer una prueba separada, la sociedad participe en la evaluación durante todo el tiempo de la residencia médica. Sociedades que participan así son, por ejemplo, Radiología, Anestesiología, Pediatría, etc. No tenemos la recertificación, lo que existe es la educación médica continua, en casi todas las especialidades. Ella ha sido hecha en forma conjunta por las sociedades y los consejos federales de Medicina. Un médico recibe información a través de revistas. Él lee y responde a las preguntas que son hechas al final. No existe una nota sobre esto. Sólo con responder, es considerado suficiente. La recertificación es hecha a través de este sistema, leyendo y enviando las respuestas.

Dr. Palomino: Antes de que hubieran los sistemas de residencia médica, la única forma de obtener el título era de una forma no escolarizada. Pero, aunque se instalaron los sistemas de residencia médica escolarizado, aún existe la forma no escolarizada. ¿Qué experiencia tienen ustedes?

Dr. San Esteban: En México no existe. La única forma de ser especialista, en estos momentos, u obtener un título es el haber ingresado a un sistema de residencia médica. Sin embargo, permítanme mencionar lo siguiente: hay un nuevo decreto que plantea lo que se llama la educación no escolarizada, y que en principio dice que cualquier persona tiene derecho a aspirar a cualquier grado si demuestra que tiene las competencias necesarias para esto. Para lo cual, tiene derecho de que se le instale un jurado, y se le examine si tiene los conocimientos suficientes para acceder a este grado, sin pasar por la universidad; pero tampoco sin pasar por la educación primaria, o por la educación secundaria, o por cualquiera. Una persona que no ha terminado la educación secundaria puede pedir que se le tome el examen de los conocimientos adquiridos para la especialización secundaria, y tiene derecho a que se le realice el examen y si lo pasa le dan el grado de educación secundaria. Si quiere el grado de especialista en neuropsicología puede ir y pedir que se le hagan los exámenes de neuropsicología. Esto se va a establecer mediante puntos curriculares. Se le pedirá a la persona que acumule determinados puntos en determinada

área para tener derecho al examen. Esto también puede ser. De allí que nosotros nos hemos cuidado mucho de nombrar los puntos que se le otorga por educación médica continua o puntos que se otorgan mediante congresos y demás. Pero, ¿cómo los vamos a llamar? ¿Puntos para la recertificación? O también se le puede llamar puntos curriculares. Esto se puede prestar para que alguien acumule puntos por demás y resulte en cardiólogo.

Yo veo esto muy difícil en todas estas prácticas que requieren habilidades. Y por cierto, la medicina es una de ellas. Pero lo veo muy accesible para carreras como Contabilidad, Derecho o Pedagogía, o como muchas de estas licenciaturas o grados superiores. Esto apenas acaba de publicarse, un tanto callada y medio clandestinamente salió en el diario oficial de la Federación, una semana antes de que cambiara el gobierno, y ahora sólo falta que todo esto se implemente, que pase de ser sólo una ley, y que tenga reglamento y los mecanismos operativos.

MSc. De Bezerra: Quiero aclarar que los títulos de especialistas que son dados por las Sociedades tienen un valor profesionalmente menor que el título dado por la residencia médica. Para presentarse a los concursos, el título que se exige es el de la residencia médica. Depende del tipo de empleo que usted va a tener. Básicamente, los mejores empleos son por la residencia médica.

Dr. Paredes: Agradecemos a Sandra Díaz Castillo, José Eduardo San Esteban y Vera Lucía de Bezerra por su valiosa participación. Creo que hemos aprendido mucho de ustedes. Su participación va a ser de mucha ayuda para el trabajo en residentado médico que venimos desarrollando. Les expresamos nuestro mayor reconocimiento.

De esta manera, damos por concluida esta sesión.

**Comité Nacional de Residencia Médico
(CONAREME)**

RESPONSABLES DE LA EDICIÓN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Srta. Reyna Ysabel Arrieta Cholán

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO

Sr. Oliver Martín Uriondo Boudri

ORTOGRAFÍA Y ESTILO

Dr. José Carlos Alva Muñoz

Diagramación y Diseño
Comité Nacional de Residencia Médico - CONAREME



25° Aniversario del Sistema Nacional de Residencia Médico

El 26 de setiembre de 2001 celebramos 25 años del sistema nacional de formación de especialistas en el Perú, organizándose en esa ocasión los eventos aquí reseñados. Este libro es en gran medida el testimonio del esfuerzo colectivo desarrollado por nuestras instituciones a lo largo de estos años, orientado hacia el objetivo de avanzar decidida y coordinadamente, en base al debate democrático de las ideas, en la planificación de la formación de médicos especialistas en el Perú, respondiendo a las necesidades prioritarias de la Nación.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica S.R.L. 000-00-00

Av. Sánchez Carrión N° 233 - San Isidro, Lima 27 - Perú
Teléfono: 422-3874 - Fax: 422-5639

E-mail: conareme@hotmail.com - Página Web: <http://www.colmed.org.pe/conareme>