

El Residentado Médico en el Perú

Analisis Crítico del Residentado en el Perú

AN Dr. Fausto Garmendia Lorena

Antecedentes históricos

La especialización en el Perú, como actividad académica formal, se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Marcos en 1957, a la sazón la única Facultad de Medicina del país. Recordemos que recién en 1958 se crean las facultades de medicina de Arequipa y Trujillo, cuyas primeras promociones culminarían sus estudios años mas tarde y que la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se fundó en 1961.

El 24 de febrero de 1957 se crea el Departamento de Graduados y de Internado (1), cuyas primeras actividades estuvieron orientadas a organizar cursos para médicos graduados en Lima y provincias, en particular en los meses de verano. El Prof. Ovidio García Rosell fue director de este departamento de 1957 a 1961, quien señala la necesidad de formar especialistas médicos por la modalidad de residentados, a la manera de la formación establecida en los Estados Unidos de Norteamérica (USA). Es así que el 16 de octubre del año 1957, la Junta de Catedráticos aprueba la creación del residentado de Anatomía Patológica con tres plazas con un programa inicial de 2 años de duración que, posteriormente se amplía a 3 y con el pago por parte de la Facultad mediante el concepto de becas (2).

En los años posteriores, la Facultad incrementa el número de especialidades, en 1958 se crean 3 plazas para Obstetricia (3) y en 1959 se inician los residentados de Pediatría y Radiología con 2 plazas cada uno (4).

En 1960 se promulga la Ley Universitaria N° 13417 que introduce la participación de los alumnos en el gobierno de la universidad en la proporción de un tercio, que no es aceptada por la mayoría de profesores de la Facultad de Medicina, los que renuncian en 1961 y fundan la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En el año 1961 el Departamento de Enseñanza del Graduado es separado del Internado, se designa al Prof. Hugo Pesce como director (5).

En 1964 se cambia el nombre de Departamento a Escuela de Graduados, que inicia sus actividades con las especialidades de Radiología, Obstetricia y Ginecología, Anestesia, Oftalmología, Laboratorio, Pediatría, Cirugía General, Otorrinolaringología y Psiquiatría. Se aprueba el primer Estatuto de la Escuela de Graduados (5).

En 1965 se realiza el primer concurso de admisión al Residentado (6).

El gobierno de facto del general Juan Velasco Alvarado realizó una modificación del sistema universitario al promulgar el Decreto Ley N° 17437 en 1969, mediante el cual las facultades se tornaron en programas académicos sin mayor peso en el gobierno de las universidades y mas bien dio mayor importancia a los departamentos académicos. En relación al proceso de especialización, se aprobó la forma escolarizada y el reconocimiento de títulos mediante la forma no escolarizada.

La UNMSM en el año 1973 aprueba la creación del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana (PSEMH), que debía ser ratificada por la Comisión Nacional de la Universidad Peruana (CONUP). En 1974 este último organismo aprueba el PSEMH tanto de la UNMSM como de la UPCH y la forma no escolarizada de titulación.

La forma no escolarizada aplicó un reglamento para el reconocimiento de títulos de especialistas, que estuvo vigente hasta el 31 de diciembre del año 2002. A esta forma de titulación han accedido profesionales médicos que tuvieron entrenamiento en el extranjero (hospitales o universidades) y profesionales con experiencia adquirida en el desempeño asistencial en el país. En la UNMSM se titularon 1471 profesionales por esta modalidad

Normativa

Mediante el Decreto Supremo N° 00659-76-SA del 23 de setiembre de 1976, se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Formación de Especialistas de

Medicina Humana (SINAREME) con la finalidad de normar la organización y funcionamiento del sistema, cuya estructura comprendía al inicio las siguientes entidades:

- CONUP
- Programas Académicos de Medicina Humana con PSEMH
- Ministerio de Salud MINSA)
- Seguro Social del Perú (SSP)
- Sanidades de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales
- Entidades Privadas
- Colegio Médico del Perú (CMP)
- Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMR)

Al mismo tiempo, establecía como Organismos de Coordinación Docente y Administrativa a:

- Comisión Nacional del Residentado Médico (CONAREME)
- Comités Regionales
- Comités Hospitalarios

Esta normativa que, si bien organiza el sistema en una forma adecuada y necesaria, adolece de varias debilidades. En primer lugar otorga a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional una representación exagerada. Las entidades privadas no han tenido una real participación y en todo caso no están preparadas para desarrollar programas de residentado, tal como hospitales o clínicas. Los Comités Regionales, excepto el de Lima, no tuvieron mayor actividad y posteriormente fueron reemplazadas por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), que constituye una institución con mayor representatividad.

Los Comités Hospitalarios aún no han asumido con plenitud el papel que les corresponde en el sistema, por lo que será necesario una nueva evaluación de los mismos. Desde 1976 hasta la fecha, se han promulgado muy diversas normas con la finalidad de mejorar el funcionamiento del sistema y para corregir problemas coyunturales que aparecieron en su desarrollo, como son:

- Decreto Supremo N° 036-86-SA. Normas Básicas del Programa Nacional del Residentado Médico
- Resolución Suprema N° 005-87-SA. Reglamento del Programa Nacional del Residentado Médico
- Decreto Supremo N° 008-88-SA. Normas Básicas del Sistema del Residentado Médico.

- Resolución Suprema N° 009-88-SA. Reglamento Sistema Nacional del Residentado Médico
- Decreto Supremo N° 0018-SA-2004

Aparte de las observaciones planteadas anteriormente, es necesario señalar que algunas de estas normas han estado al margen de lo estipulado por la Ley Universitaria N° 23733, vigente desde 1983, que en su artículo 4° consagra la autonomía de las universidades en los aspectos académicos como administrativos. Del mismo modo, algunas entidades participantes o no del sistema no han considerado lo señalado en el artículo 96° que a la letra dice «Solo las universidades organizan estudios de Postgrado académico en la forma prevista en el artículo 13°. Igualmente pueden ofrecer estudios de segunda y ulterior especialidad profesional para los titulados en ellas, los que dan lugar a los títulos o a las certificaciones o menciones respectivas». No escapa a nuestra memoria que el propio CMP así como hospitales y cuerpos médicos han trasgredido esta norma en varias oportunidades.

Exámenes de Admisión

Las vacantes que anualmente se oferta no reflejan la real necesidad de especialistas que el Perú necesita. No se cuenta con estudios que permitan conocer la necesidad del número de especialistas, el tipo de especialidad y el lugar donde se los requiere. Las vacantes se formulan de acuerdo a las necesidades que tienen los servicios hospitalarios de contar con estos profesionales para suplir sus requerimientos asistenciales.

El análisis de los resultados del último proceso de admisión, nos permite aseverar que las modalidades de las plazas, libres, por destaque y cautivas alcanza a poblaciones objetivo muy diferentes (). Las plazas libres fueron ocupadas en su totalidad por postulantes que, en promedio, alcanzaron notas por encima de la nota aprobatoria. Las plazas por destaque solo fueron cubiertas en un 20% y el promedio de las notas por esta modalidad se encontró por debajo de la nota aprobatoria de 60 puntos; finalmente, las plazas por la modalidad de cautivas se cubrieron apenas en un % y la nota promedio estuvo en un nivel aún mas bajo que las 2 anteriores. Del mismo modo se ha podido observar que la edad de los postulantes a estas 3 diferentes modalidades se incrementa en forma lineal y progresiva de libre a destaque y de destaque a cautiva. Esto evidencia que la mayoría de los postulantes a las plazas por destaque y cautivas no se encuentran actualizados en sus conocimientos médicos como para acceder a un programa de especialización.

Este análisis nos lleva a considerar las siguientes propuestas. Las plazas por la modalidad cautiva deben desaparecer tanto por su origen, que fue la imposición de un régimen militar de facto que se inmiscuyó en la autonomía universitaria sin un sustento técnico, como por la experiencia, inexplicablemente larga de un fuero privativo, ha demostrado no llena las necesidades de especialización en el campo médico del país. Para las plazas por destaque, que pueden suplir las necesidades de especialistas en el interior del país, las universidades deberían implementar programas de actualización para futuros postulantes que les permita postular con éxito a los programas de segunda especialización. Consideramos que los reclamos presentados para que se efectúen exámenes de menor nivel académico para estas modalidades no es atendible porque rompería la calidad de todo el proceso de formación.

En los últimos 5 años, se han producido diversas de lesiones o faltas a la normativa de los procesos de admisión. Un número importante de postulantes han utilizado procedimientos impropios y hasta delictuosos para obtener mayor puntaje en los exámenes, como la presentación de trabajos a congresos en forma de resúmenes, en los que los autores rotaban en el orden de autoría sobre diferentes partes de un mismo tema; se han dado casos de plagio de trabajos publicados, presentación de documentación fraudulenta, entre otros. Las instituciones universitarias no han estado ajenas a acciones que han desvirtuado la legitimidad de la normativa. En el último proceso se ha tomado conocimiento que en algunas universidades, luego de conocidos los resultados, se ha empleado la curva de Gauss o simplemente se ha incrementado las notas, para permitir que se ocupen mas plazas vacantes de postulantes que no alcanzaron la nota mínima de 60.

La evaluación de Servicio Urbano Marginal de Salud (SERUMS), para efecto de la puntuación en el examen de admisión, requiere una consideración especial, desde que la finalidad de este servicio ha sido desvirtuado, por la aceptación del denominado SERUMS equivalente y por el hecho que algunas instituciones otorgan la mayor calificación al margen del lugar donde se realizo el SERUMS

Autoevaluación y Acreditación

La Autoevaluación del Residentado Médico debe ser un proceso académico permanente de seguimiento y control de las actividades académico-administrativas y no un requerimiento periódico por parte de CONAREME. La

Acreditación debe ser un proceso periódico, por el cual verificadores capacitados, de preferencia externos al sistema, establezcan si los programas en actividad cumplen con los requisitos establecidos (mínimos?) para continuar formando especialistas, para lo cual es fundamental revisar y validar los instrumentos de acreditación con una periodicidad señalada, 3 a 5 años por ejemplo.

Este proceso de acreditación se debe distinguir, inclusive en la denominación, con el procedimiento de evaluación y autorización de nuevos programas de especialización que es una obligación permanente de CONAREME y de la revisión de aquellos programas que fueron autorizados por un tiempo limitado.

El actual proceso de autoevaluación del Programa de Segunda Especialización de la Facultad de Medicina de la UNMSM nos ha demostrado la necesidad de efectuar una revisión de los denominados estándares mínimos, porque no se ajustan realmente a una adecuada formación, varios de ellos son obsoletos a la luz del desarrollo de la ciencia y tecnología y en otros casos es necesario incluir nuevos estándares. De allí que la acreditación de los programas debe ser diferido hasta el momento en que se cuente con instrumentos actualizados y validados.

Los Comités de la Especialidad cumplen, en la actualidad, más un papel administrativo que académico. Tienen una relación distante con los Comités Hospitalarios y en particular con los servicios de la especialidad de los hospitales donde se forman especialistas. No revisan los planes de estudios para mejorarlos y actualizarlos. No efectúan un seguimiento estrecho del progreso de la formación de los residentes. Se requiere de una participación mas activa en el desarrollo de los programas.

Se requiere de un proceso periódico de evaluación de las sedes hospitalarias para cada especialidad, con el objeto de establecer si cuentan con los recursos humanos, de infraestructura y equipamiento, acordes a una buena formación de los especialistas, tanto en lo que se refiere al número como a la calidad.

Los Comités Hospitalarios no tienen una actividad permanente, no se reúnen con la periodicidad apropiada, existe una relación distante con las universidades. Deben contribuir en una forma mas activa en el seguimiento de las actividades de formación de los residentes.

La realización de los trabajos de investigación, requisito importante para la titulación, adolece aún de facilidades para su realización fluida y es un escollo para mejorar la tasa de titulación anual de residentes. Los servicios hospitalarios deberían estar comprometidos con la

actividad de investigación, que permita ofertar a los residentes desde el primer año una cartera de proyectos de investigación. Los servicios estrictamente dedicados a la actividad asistencial sin labor de investigación no deberían participar en la formación de especialistas. Del mismo modo, se entiende que las universidades deben facilitar estas tareas.

Retos de la especialización en el año 2005

La formación de especialistas está orientada a contar con sus servicios en todos los lugares del territorio nacional donde se los requiera; sin embargo se ha producido una **ubicación muy centralizada de los especialistas** en las capitales de departamento, en los que muchas veces los especialistas prestan servicios diferentes a los que corresponde a su especialidad..

Cada año, se observa una **postulación muy alta a determinadas** especialidades como obstetricia y ginecología, pediatría, medicina interna, cirugía, etc, y menos a otras en las que se necesita capacitar a mas profesionales. Esta situación proviene del hecho que las sedes de las entidades prestadoras de servicios asistenciales son las que determinan el número de vacantes que pueden ofertar, al margen de las necesidades de especialistas que el país necesita.

La tasa anual de titulación de especialistas es relativamente baja, debido a que sus servicios son aceptados con la simple constancia de haber terminado los estudios, lo que significa una ocupación de plazas asistenciales sin título y constituye un ejercicio ilegal de la profesión, pasible de ser sancionado, en particular cuando se denuncian situaciones de mala práctica profesional. Esta situación constituye una evidente falla del sistema, en especial de las entidades prestadoras de servicios de salud. No se debe dejar de mencionar, que en las universidades el trámite de titulación es complicado y prolongado, que también incide en forma desfavorable a un proceso fluido de titulación.

La **Titulación por Competencias** ha sido aprobada en forma unánime en ASPEFAM y está en proceso de aprobación en las universidades. Este procedimiento es muy conveniente porque permite establecer si un profesional, formado en el Perú o extranjero, sabe realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento propios de la especialidad que ostenta. Para su adecuada implementación requiere del reglamento correspondiente.

La titulación diferida por los residentes que culminaron sus estudios no solo en años sino inclusive en décadas ,

justamente por que comenzaron a laborar sin título o perdieron la oportunidad de titularse mediante la forma no escolarizada, podrían acceder a una **Titulación Extraordinaria** con la finalidad de formalizar su situación profesional.

En los 2 últimos años se ha notado una llamativa alta solicitud de los residentes para efectuar **rotaciones externas en el extranjero**, lo cual en sí es conveniente para su formación; sin embargo, se ha levantado la preocupación que estaríamos formando recursos humanos en salud altamente calificados para que luego se desempeñen en el extranjero con una gran pérdida de recursos humanos y económicos. Esta probabilidad muy factible requiere un mayor análisis y la necesidad de desarrollar estrategias que permitan conservar estos valiosos recursos mediante formulación de políticas apropiadas en el sector salud.

Conclusiones

La especialización en medicina se inició en el Perú en la UNMSM por la modalidad de residentado en el año 1957.

En el año 1973 se crean los Programas de Segunda Especialización en Medicina Humana, que son aprobados por la CONUP en 1974, tanto para la UNMSM como para la UPCH; del mismo se aprueba la titulación por la forma no escolarizada, que prevalece hasta diciembre del año 2002.

En 1976 se crea el SINAREME y CONAREME para coordinar y reglamentar todos los procesos de formación de especialistas.

Se ha elaborado una abundante normativa sobre la formación de especialistas en el Perú, que en algunos aspectos ha sido oscilante, que, si bien organiza el sistema en una forma adecuada y conveniente, adolece de varias debilidades. Otorga a las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional una representación exagerada. Las entidades privadas no han tenido una real participación y en todo caso no están preparadas para desarrollar programas de residentazo. Los Comités Regionales, excepto el de Lima, no tuvieron mayor actividad y posteriormente fueron reemplazadas para bien por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, observado varias lesiones al sistema normativo tanto de orden institucional como personal:

La oferta de plazas en los exámenes de admisión no refleja la real necesidad de especialistas que el país necesita. Se debería eliminar la oferta de plazas por la modalidad de cautivas. Se requiere de un proceso de capacitación para se eleve la tasa de ingreso a la modalidad por destaque.

Se ha introducido la necesidad de elevar la calidad académica mediante la autoevaluación y la acreditación de los programas, que requiere ajustes a sus procedimientos.

El balance general de la formación de especialistas en el Perú es positivo; pero requiere de ajustes periódicos para conseguir una mejor calidad académica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1957; 40(1): 287.
2. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1957; 40 (4): 994-996.
3. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1958; 41: 365.
4. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1959; 42: 637
5. Informe de la Junta Transitoria de Administración de la Facultad de Medicina. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1961; 44(3-4): 571-596
6. Crónica de la Facultad. Anales de la Facultad de Medicina, Lima, 1965; 48(2): 521-522.