

RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

INTERNAL MEDICINE RESIDENCY: ARE WE PREPARED?

Franco León Jiménez^{1,2}

Sr. Editor. Creo que es un deber escribir esta carta al editor. El estado actual del Sistema de Residentado Médico en el Perú, dista de ser el ideal. Según la Comisión Nacional de Residentado Médico, su objetivo fundamental es *“formar médicos especialistas de alta calidad científica y humanística, capaces de responder a las necesidades prioritarias de salud de la población mediante la estrecha interrelación de sus componentes”*⁽¹⁾

El sistema está totalmente fragmentado. Por una parte la universidad, salvo muy contadas excepciones, poco se preocupa por la formación y el nivel que pueden alcanzar quienes optan por ellas para la especialidad. No existe presencia de las Universidades en las sedes docentes. Salvo contadas excepciones, no existe un trabajo activo por parte de representantes de la universidad ante los residentes, en materia de formación académica.

El ser sede docente para formar especialistas es una gran responsabilidad. La sola presencia de infraestructura e inclusive de profesionales idóneos, no asegura que el proceso formativo sea eficiente. Se necesita planificar, intervenir, medir y evaluar. La evaluación de las sedes docentes debería ser una necesidad para ello⁽²⁾.

Otro fenómeno en provincia es que los médicos asistentes, finalmente, tienen poca injerencia en la elección de las rotaciones de los residentes. La visión que expreso, probablemente sesgada, es la de un clínico que quiere formar clínicos (internistas).

Parte de este problema se produce por el rígido programa establecido en las rotaciones. **La presencia del residente de primer año durante todo el primer año en su servicio, es una necesidad.** No es recomendable que un personal, recién en formación, sea expuesto a conocimientos de especialidades para las cuales necesita la base que le otorga, estar en un Servicio de Medicina Interna. Además, programar actividades académicas en un servicio es muy difícil hacerla si se desconoce en qué meses, el residente rotará en otras sedes. Este punto debe ser revisado. Por otra parte, la mentoría o coordinación, solo pueden funcionar si existe un control exigente durante el primer año. En este contexto, Herrera en el 2014 en Lima en el Hospital Loayza y en el Hospital 2 de Mayo, halló que 22/24 residentes refería tener un tutor designado por la universidad, pero sólo 10 calificaron su labor como aceptable y 20 mencionaron que la labor debería ser más activa; 10 mencionaron que el currículo de la universidad se había cumplido parcialmente; 16 sugerían mayor número de actividades académicas, 13 mencionaban

que la labor de tutoría debería mejorarse y 10 opinaron que se debería mejorar los aspectos logístico-administrativos de la universidad en la sede docente⁽³⁾. Algunos aspectos álgidos que creo deberían tenerse presentes para su mejora y que podrían hacer más eficiente el sistema serían:

Reforzamiento de las Actividades académicas: Clásicamente en Escuelas de Medicina Humana de largo recorrido, es el residente de tercer año quien lidera las actividades. Este sistema colapsa cuando las sedes docentes son nuevas y son sólo los médicos asistentes quienes tienen que organizar las actividades. La falta de tiempo o el mayor interés por la productividad, hacen de esa tarea, más una carga que una vocación.

Evaluación del desempeño: La evaluación a la que son sometidos los residentes dista de ser la ideal. La evaluación por competencias no se aplica. Para ello es imprescindible que exista un aparato de médicos de la especialidad, comprometidos con la formación del recurso humano. El compromiso indefectiblemente va más allá de la remuneración económica (aspecto fundamental), sino del reconocimiento de su labor por la Universidad. La docencia debe dejar de ser vista como un pasatiempo o una labor secundaria que se desarrolla fuera del horario de trabajo. Para ello el sistema Universidad-Sede docente debe trabajar coordinadamente.

Satisfacción del Residente: La satisfacción de los residentes de Medicina Interna, con este sistema, es pobre. Las cifras halladas por Herrera en el 2014 en Lima, hablan por sí mismas. Un estudio de mayor envergadura con inclusión de médicos residentes de provincia, es una necesidad.

Proactividad: Probablemente sea una apreciación sesgada pero el gusto por la clínica, la elucidación de diagnósticos diferenciales, el gusto por los conversatorios, el examen metódico del paciente, las temidas rondas de medicina, el uso racional de la medicina basada en la evidencia y la seguridad del paciente están siendo paulatinamente reemplazados por la inmediatez, el facilismo, el pobre análisis del contexto social del paciente y un culto desmedido y no validado por lectura crítica, de la “tecnología de punta”. Creo, sin temor a equivocarme, que muchos clínicos se están formando de esta manera.

Según el Artículo 28, de la Resolución suprema N° 017-2015-SA Lima, del 11 de mayo del 2015, por lo dispuesto en el numeral 45.3 del artículo 45, de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, se exige a los médicos residentes, de la presentación de un trabajo de investigación para la titulación⁽⁴⁾. Esto creemos tendrá un impacto negativo y un déficit en competencias transversales y de carácter holístico, muy necesarias para la formación de internistas: Búsqueda de información, Uso de la Medicina Basada en la Evidencia, Aspectos de Bioética Clínica, Lectura Crítica y Decisión médica compartida⁽⁵⁾.

¹ Médico Internista, Epidemiólogo Clínico, Hospital Regional Lambayeque Chiclayo-Perú.

² Docente Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú.

Finalmente debemos mencionar que la formación del recurso humano en salud es prioridad nacional pues de ella depende la calidad del cuidado que reciben nuestros pacientes y tal vez nosotros mismos en alguna oportunidad.

El autor niega ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME). Decreto supremo 008-88-SA. Normas básicas del sistema nacional del residentado médico. Lima: CONAREME; 1988.
2. Herrera-Añazco P, Galán-Rodas E, Mezones-Holguín E. Residentado Médico en el Perú: Una visión más allá de la demanda. Acta Med Per 29(1) 2012.
3. Herrera-Añazco P, Hernández A, Sánchez-Rivas F, Arana-Maestre C. Percepción de la formación durante el residentado médico en hospitales del ministerio de salud de lima, Perú. Rev. Perú Mes Exp Salud Pública. 2014; 31(3):601-10.
4. Aprueban la modificación al Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico aprobado mediante Resolución Suprema N° 002-2006-SA Disponible en: <http://www.conareme.org.pe/Documentos/RS017-2015-SA.pdf>. Fecha de acceso: 11 de Julio del 2016.
5. Valle R, Perales A. Nueva normativa de titulación en el residentado médico en el Perú: problemas y perspectivas. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2):357-61.

Revisión de pares: Recibido: 12/08/16 Aceptado: 02/09/16