

Educación médica de posgrado

Residencias médicas

FERNANDO S. SILBERMAN

ACAP-FONAREME

El sistema de residencias médicas (RM) constituye la base de la educación médica de posgrado (EMP) y es el procedimiento idóneo que permite la transición del estudiante graduado a ser médico general o especializado.

Lo que acabamos de afirmar, aceptado mayoritariamente, no se aplica siempre de la misma manera; a veces hasta se hace en forma "tramposa".

Esta comunicación está basada en el resultado de la experiencia de un grupo de trabajo (ACAP)¹ al que pertenecemos. En un artículo elaborado recientemente,² expresamos en el capítulo "Materiales y métodos": "La residencia médica es la única estructura de formación apta, si se realiza un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollado en un servicio-institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional".

Nuestras afirmaciones están lejos de ser novedosas. Mucho antes que nosotros, mentes lúcidas y preocupadas por la educación médica de posgrado tenían las mismas inquietudes.

Así es como coincidimos con las siguientes afirmaciones:

"La educación médica es una tarea viva, permanente de todos nosotros, los médicos". Manuel Del Carril (Fundador y Director del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires).

"La formación del recién graduado médico tiene que ser considerada como de similar importancia a la que tiene el proceso educativo de los alumnos". Andrés Santos (ex decano de la Facultad de Medicina y ex rector de la Universidad de Buenos Aires).

Sin ánimo de entrar en disquisiciones polémicas o en discusiones políticas, Aquiles Roncoroni publicó en el diario *La Nación* del 28 de septiembre de 2004: "Las autoridades están permitiendo que comiencen su práctica cerca del 70% de los egresados sin pasar por las residencias médicas que los capacite".

En la conmemoración del 40.º aniversario de la Primera Jornada de las Residencias Médicas, realizada en la Academia Nacional de Medicina en 1999, W. Lange sostenía: "El sistema de residencias médicas no está suficientemente consolidado en nuestro país".

A modo de introducción, comenzaremos con una breve referencia histórica. En el siglo IX se estableció en Salerno, Italia, un instituto de enseñanza superior cuya fama se extendió por Europa y modificó el nivel de las universidades.

En el año 1511, Enrique VIII, rey de Inglaterra, estableció un Consejo de Certificación que funcionó durante 300 años.

En el siglo XIX, se fundaron en los Estados Unidos numerosas escuelas privadas de Medicina y, como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos, se crearon en Europa las primeras sociedades científicas y empezaron a surgir las "especialidades médicas".

Fue William Steward Halsted quien, después de haber conocido en Alemania el particular entrenamiento quirúrgico de los médicos jóvenes, inició las "residencias" cuando fue nombrado jefe de Cirugía en el Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, en 1889, denominándolas así porque los médicos "residían" en el hospital.

Sin embargo, hacia el año 1910 y debido al "aumento desproporcionado" de médicos, la calidad de la atención y de los conocimientos decayó. Por ello, la Fundación Carnegie solicitó al Senado un estudio de la situación de la calidad médica, el cual fue encomendado a Abraham Flexner. El "Informe Flexner" puso de relieve que el problema de la educación médica no era sólo un problema de la medicina sino de la educación en su conjunto. Como

Recibido el 24-11-2009.

Correspondencia:

Dr. FERNANDO S. SILBERMAN
fernandosil@fibertel.com.ar

consecuencia de ese informe, se dispuso el cierre de 155 escuelas de Medicina, tras lo cual quedaron sólo 31 habilitadas en ese país.

En 1917 los oftalmólogos crearon el *Examinations Board*, que fue rápidamente imitado por las otras especialidades. Dichos *boards* se crearon con la participación de los propios pares de cada especialidad.

En 1934 se forma el *American Board of Medical Specialities* (ABMS), que a través de sus juntas de evaluación de la especialidad certifica que el aspirante al Board ha demostrado tener un proceso de formación profesional acreditado (residencia) y poseer conocimientos, habilidades y destrezas técnicas que permiten garantizar a la población la calidad de atención médica que define a un profesional responsable.

Vale la pena resaltar que, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Ortopedia (AAOS) del año 2001, Michael A. Simon tituló su discurso presidencial “La educación de los futuros ortopedistas: *Déjà vu*” y explicó que eligió ese título para recordar el que había pronunciado Enneking en 1984 como presidente de la Asociación Americana de Ortopedia (AAOS).

Cabe hacer notar que, además de brillante patólogo, Enneking se dedicó toda la vida, aun después de retirarse, a la educación médica y que dejó numerosas enseñanzas en nuestro país.

Ambos educadores insistieron en que el residente debía ser un estudiante y no un empleado y que debía diferenciarse entre “educación y entrenamiento”. También hicieron alusión a una sentencia del ortopedista Howard Hatcher, padrino de Enneking, que decía: “Se entrenan perros y se educan hombres”.

Pero para referirnos a nuestro país en un capítulo que llamaremos “Diagnóstico de situación”, analizaremos el estado crítico de la enseñanza médica de posgrado y los factores que afectan su propósito. Esto incluye: las pautas culturales, la ausencia de control de calidad, el Estado financiador sin planeamiento, la Universidad alienada, la dispersión de las sociedades científicas, los Colegios médicos de ley, la distorsión de los programas, para finalizar con el versátil procedimiento de certificación en sus dos versiones: legal y técnica.

El ámbito de formación de posgrado, a diferencia del de grado, no tiene propietario único y pertenece por igual a la autoridad sanitaria, a la universidad y a las sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas. Incursionan además por él los colegios médicos, las universidades privadas, los efectores de la medicina pre-paga y de las obras sociales, y las instituciones formadoras.

Por estas y otras circunstancias, los sectores responsables no quisieron o no pudieron integrarse en una tarea común y, por el contrario, pretendieron imponerse a los otros, aislarse o dispersarse, repitiendo cíclicamente los mismos errores y manteniendo al sector en crisis permanente.

Antecedentes

En los países con normas adecuadas, el título de médico sólo indica que un individuo ha completado su formación de grado y no implica (como sucede aquí) que esté habilitado para ejercer su profesión.

En nuestro país, el posgrado comenzó con el propio ejercicio de la medicina en los hospitales y especialmente en las “Salas cátedra” dependientes de la Facultad de Medicina.

En 1945 se crea, en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas dirigido por T. Padilla, la primera residencia de Medicina y en la década de 1950, la residencia de Cirugía en el Hospital General de Avellaneda bajo la dirección de Ricardo Finochietto. Poco tiempo después, en el Pabellón Modelo del Hospital Rawson, que era Sala cátedra de la Facultad de Medicina, comienzan las residencias en Clínica Médica.

En 1958, Mario Brea, a cargo de la Cátedra de Cirugía del Hospital Durand, crea la residencia quirúrgica junto con Andrés Santas, que luego trasladan al Hospital de Clínicas.

Un poco más tarde se inicia la de Pediatría con el fuerte impulso de Carlos Gianantonio y comienzan a multiplicarse las residencias de las distintas especialidades.

En 1967, el Ministerio de Salud, a cargo en ese momento de Ezequiel Holmberg, crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), cuyo primer presidente fue Mario Brea y su vicepresidente, Jorge Manrique. Se desarrolla entonces una ardua y fructífera labor, que lo convierte en un organismo normatizador y evaluador de las residencias.

Lamentablemente, por razones políticas, el CONAREME dejó de existir en 1973.

Desde entonces se produjo la declinación y el deterioro de muchas residencias por distintos factores:

- Desconocimiento de la cantidad de especialistas y su distribución geográfica.
- Insuficiente número de servicios aptos para la formación de residentes.
- Exceso de postulantes y excesivo número de graduados.
- Ausencia o desinterés de los poderes públicos por acreditar los espacios de formación.
- Falta de cooperación entre los poderes públicos y las organizaciones no gubernamentales (ONG), en particular, las Sociedades Médicas.
- Falta de evaluaciones internas y externas.
- Falta de experiencia y conocimiento del procedimiento de evaluación.
- Que se valore y se jerarquice el antecedente de residentes para su ulterior carrera asistencial, docente y certificación de las especialidades.

En realidad, la historia de las residencias y la educación médica de posgrado en nuestro país tuvo una evolución con alternación de crisis y reacciones vinculadas con cambios políticos y con grupos de poder que se suceden o reemplazan.

En 1984 la Asociación Argentina de Cirugía crea la Comisión de Residencias, abandonando el propósito de "un organismo estatal, por el de un organismo no gubernamental, constituido por un cuerpo colegiado integrado por las sociedades médicas y quirúrgicas" tomando como modelo el Consejo de Acreditaciones Médicas de Posgrado de los Estados Unidos.

En 1997 se crea la ACAP, Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Enseñanza de Posgrado de la República Argentina, pero no es una entidad evaluadora y deja que las Sociedades de todas las especialidades ocupen técnicamente el lugar que les corresponde en la enseñanza médica de posgrado.

Vale la pena consignar que a veces constituye una dificultad el evaluador ocasional o improvisado: conspicuos cirujanos o especialistas que hacen informes por "amiguismo" o ininteligibles.

La ACAP estableció los "Requisitos generales para desarrollar un Programa de Residencia":

1. De las Instituciones

Deben contar con la infraestructura, la organización, los medios y el personal necesarios para asumir la responsabilidad de asegurar un Programa educacionalmente válido.

Es aconsejable el desarrollo simultáneo de por lo menos dos o tres Programas básicos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Tocoginecología) coordinados por un Departamento de Docencia.

Deben proveer a los médicos residentes de los ámbitos de trabajo y privados necesarios, alojamiento, racionamiento, uniformes y su limpieza, cobertura médica y legal y una retribución digna, estimada en no menos de 1.000 pesos.

Con respecto a la cobertura de riesgos legales, esta debe proteger al médico residente en forma amplia ante imputaciones o demandas por culpa galénica en actos médicos efectuados dentro de las normas del proceso de aprendizaje.

A estos efectos resulta necesario que la figura del médico residente (becario transitorio/alumno en formación) quede claramente definida en la relación contractual y que los derechos y obligaciones de los médicos residentes sean establecidos por una reglamentación adecuada.

2. De los Servicios

Deben cumplir con todos los requisitos y disponer de todos los recursos que las sociedades de cada especialidad hayan determinado para su categorización, con un esfuerzo permanente para alcanzar la extensión máxima de su horario de atención.

Deben contar con normatización escrita de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en forma de algoritmos prácticos aprovechables en términos de calidad de atención, costo/beneficio y prevención de culpa galénica.

3. De los directores de Programas

Deben poseer las condiciones personales, técnicas, docentes y administrativas que les permitan ejercer un liderazgo natural y una actitud de apoyo y consulta permanente con los médicos residentes.

4. De los médicos de planta

Son los instructores naturales de los médicos residentes y responsables por la atención de pacientes que derive de su actividad. Tal responsabilidad quedará documentada al avalar con su firma la historia clínica y todo trámite escrito sobre la asistencia de enfermos que produzca el médico residente.

Estarán compenetrados en la metodología del sistema que exige la participación activa del médico residente en todo acto médico, bajo su supervisión.

Para ello deberán transferir en forma programada parte de sus tareas, sin declinar por ello su responsabilidad.

Los asistirán en el quirófano en todos los casos y serán responsables de su actividad y de sus consecuencias mientras se cumplan dentro de las normas.

5. De los Programas

Las sociedades de cada especialidad elaborarán y mantendrán actualizado un Programa Básico que defina: el objetivo de formación, los contenidos curriculares correspondientes y los indicadores fácilmente verificables que permitan su evaluación y acreditación periódica por sus pares.

Se entiende como Programa básico aquel que cumple con los objetivos fijados y los estándares determinados, que pueda razonablemente ser implementado y mantenido. Se aplicarán en el Programa las técnicas docentes apropiadas para obtener el cambio de actitud y la motivación necesarias, evitando en todo momento la saturación informativa y la pasividad pedagógica.

Deberá enfatizar la prioridad educacional sobre el servicio y la continuidad del cuidado del paciente sobre el horario de trabajo.

Es conveniente en todo momento manejar información sobre microeconomía práctica, referida a costos de internación, procedimientos diagnósticos, estudios y medicamentos, tantas veces innecesarios o reiterados.

Resulta necesario contar con manejo bibliográfico adecuado y formación en metodología científica y bioestadística que permitan comprender la estructura y redacción de un trabajo científico y de un proyecto de investigación, y el análisis y crítica de publicaciones médicas.

Es recomendable la asociación con otras instituciones para permitir o completar el aprendizaje, en forma convenida y controlada.

La carga horaria no debería exceder las 80 horas semanales, con un día libre, ni ser menor de 48 horas.

6. De la selección de los médicos residentes

Será efectuada por cada institución e idealmente por todas en conjunto (ingreso unificado), sin restricciones ni discriminaciones, a través de un procedimiento que considere como ítems el promedio de la carrera, una entrevista personal de contenido previamente estructurado y un examen cognitivo sobre temas generales de pregrado. Es aconsejable la realización de un examen psicofísico de ingreso y otros anuales de control.

7. De los médicos residentes

Deberán cumplir con todas las tareas, horarios y obligaciones que les asigne el Programa, así como con las reglamentaciones administrativas que le determine cada institución, pero teniendo en todo momento prioridad absoluta el cuidado del paciente a su cargo.

El número de médicos residentes debe ser congruente con la capacidad del servicio y resulta deseable que todos ellos puedan acceder al nivel de “residentes avanzados” para poder asumir así, en su formación, las responsabilidades máximas que el sistema permite.

La distribución rectangular favorece esta situación.

Y, “Normas generales para la evaluación y acreditación de un Programa de residencias”:

1. El director del Programa o director médico de la Institución podrá, sin más trámite, solicitar su inscripción en el Registro de la Sociedad de la especialidad correspondiente (Programa registrado).
2. Simultáneamente o en un tiempo posterior, de acuerdo con la etapa evolutiva del Programa (Programa cumplido), se podrá solicitar su evaluación formal con una anticipación no menor de 60 días.
3. El procedimiento por emplear determinará la acreditación del Programa.
4. El director del Programa deberá acompañar la solicitud con un ejemplar del “Formulario para la evaluación de un Programa de residencia” de la especialidad, debidamente completo en todos sus ítems y agregar la documentación específicamente requerida.
5. La Sociedad recibirá y revisará la información, que deberá estar completa antes de la evaluación.
6. La Sociedad de la especialidad designará al equipo evaluador, el cual acordará con el director del Programa la fecha y hora de la visita, con la coordinación de la ACAP.

7. Los evaluadores se entrevistarán con el director del Programa, miembros del Departamento de Docencia, médicos del servicio y médicos residentes a fin de completar toda la información verificando los requisitos esenciales o básicos del Programa (estándares).

8. El equipo evaluador presentará un informe escrito (en conjunto o por separado), en el término de 20 días.

9. El Comité de Residencias de la Sociedad correspondiente revisará en detalle toda la información, efectuará las recomendaciones y conclusiones que correspondieran y determinará el tipo de acreditación de acuerdo con la compatibilidad de los estándares:

Programa registrado sin acreditación: por no solicitada o retirada. Sin límite de tiempo.

Programa registrado con acreditación probatoria: por tratarse de un Programa en desarrollo. Con extensión de hasta dos años por evaluación y cuatro años en total.

Programa registrado con acreditación completa: por dar cumplimiento a todos los estándares. Duración máxima: la del Programa (hasta cinco años).

Programa registrado con acreditación condicional: por presentar deficiencias subsanables en reevaluaciones. Duración máxima: hasta dos años.

Programa registrado con acreditación retirada: por deficiencias graves persistentes.

10. Estas recomendaciones y conclusiones serán informadas por la Sociedad o Asociación que corresponda, al director del Programa/director de la Institución en forma escrita y reservada en un plazo máximo de 60 días, remitiendo una copia del informe a la ACAP para su consideración y archivo.

11. En caso de disconformidad con lo resuelto, los directores de Programa/directores de Instituciones podrán solicitar su reconsideración dentro del término de 30 días exponiendo en forma escrita los argumentos que concretamente correspondan.

Instrucciones para los evaluadores de un programa de residencias

Los equipos estarán integrados básicamente por dos miembros titulares de la Sociedad de la especialidad correspondiente, preferentemente directores o ex directores de Programa. En los casos de Programas Universitarios se agregará un representante de la Facultad

de Medicina, que será el responsable de evaluar los requisitos docentes y el marco académico en el que se desarrolla el Programa.

El procedimiento aplicado será el mismo, entendiéndose que la calificación de universitaria implica imprescindiblemente una “acreditación completa” (que da cumplimiento a todos los estándares).

Responsabilidad profesional de los médicos residentes

La figura del médico residente es confusa jurídicamente: no es independiente, no es dependiente, no es auxiliar.

Es un diplomado que no está en condiciones de ejercer la medicina, es un alumno en formación y en principio podría ser imputable por culpa galénica en circunstancias muy precisas.

La ley es lo que el juez dice que es; por consiguiente, sin pretender interpretarla y con un criterio de simplificación, permite describir tres situaciones o circunstancias:

1. Error inexcusable (grosero que implica impericia, imprudencia, negligencia) producido en situación anormal, por incumplimiento de sus obligaciones técnicas o administrativas: el médico residente podrá ser imputado en forma directa y debería responder ante la Justicia por los daños causados.
2. Error inexcusable producido en situación anormal por falta o ausencia de supervisión adecuada en circunstancias que obligan a la toma de decisiones inmediatas: la responsabilidad debería ser asumida por el instructor ausente y eventualmente por el director del Programa.
3. Error inexcusable producido en situación normal, es decir, bajo supervisión adecuada: la responsabilidad del daño debería ser asumida por sus instructores, jefe de equipo y, eventualmente, por el director del Programa.

Imputar a un médico residente por un error cometido en el cumplimiento de una obligación programada y supervisada es un abstracto.

Resolución 450/06 del Ministerio de Salud de la Nación

En una forma un tanto sorpresiva el Ministerio reactivó la Ley 22127 de 1979 que creaba el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA) y sobre ella definió una nueva estructura estatal: “El Sistema Nacional de Residencias de la Salud, bajo la rectoría del Consejo Federal de Salud (COFESA) y la coordinación de Recursos Humanos del Ministerio”.

Este nuevo organismo está constituido básicamente por:

1. Comisión asesora: integrada por representantes de la Academia Nacional de Medicina, ACAP, Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA), Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2. Entidades evaluadoras de residencias: con un registro único con requisitos para su inscripción.
3. Equipos formadores: servicios o establecimientos públicos o privados que desarrollan Programas de residencia. Esta actitud del Ministerio fue tomada inicialmente con mucha cautela por su lentitud, cambio de autoridades y, fundamentalmente, por experiencia propia.
4. Pese a ello, su continuidad y razonabilidad fueron argumentos válidos y coherentes con nuestro propósito para impulsar a las Sociedades a la integración y a cumplir con su rol de “evaluadores naturales”.

Diagnóstico de situación

El sistema de residencias médicas es el único espacio de formación de posgrado en los países con normas adecuadas (Estados Unidos, Unión Europea, Canadá). Llegó tardíamente a la República Argentina en los años 1950 y se propagó luego en forma explosiva, pero probablemente sin un planeamiento apropiado y hoy, en forma un tanto previsible, sobrevive con dificultades crecientes, sobre todo en los hospitales públicos, donde compete con una “concurrencia” obsoleta o se transforma de educación en servicio, perdiendo su identidad.

En realidad, las circunstancias fácticas de hoy no difieren mucho de las descritas por Andrés Santas en 1979 refiriéndose a los sectores responsables: “La Universidad se alienó desentendiéndose de su misión, el Estado nunca formuló un plan coherente de salud/educación, sus políticas fueron amplias y generales, sólo pueden tomarse como expresión de deseos, no siempre adaptadas a la realidad nacional ni a las necesidades y posibilidades comunitarias, cambiando cada vez que cambian las autoridades, los efectores (como denominaba Santas a las Sociedades científicas y a los formadores) se dispersaron”.

La experiencia nos permite reconocer múltiples factores de esta crisis crónica, algunos congénitos y otros adquiridos, que fueron potenciando sus efectos porque no fueron reconocidos ni tratados por los sectores responsables hasta llegar al estado actual.

Factores que afectan el propósito

1. De la Universidad Nacional de Buenos Aires: se encuentra desbordada por actitudes demagógicas que la llevaron, en 2003, al triste récord de 27.241 alumnos en Medicina.

Esta actitud es mantenida en forma pública por su actual rector, cuando propone “una educación masiva de excelencia, asumiendo el desafío de la heterogeneidad de los ingresantes, comprometiéndonos a ayudar a los que por situaciones que no dependen de su voluntad tienen mayores dificultades”. Esta práctica negativa llevó a una hiperpoblación de médicos, la mayoría sin formación de posgrado. Esta situación fue descrita y propuestas sus soluciones desde 1979 (Tablas 1 y 2).

Esta es la anomalía original y la más grave porque su persistencia hace cada vez más difícil su corrección: con 5.312 egresos anuales en todo el país es imposible cualquier planeamiento y como único resultado previsible habrá una dualidad de médicos “de primera y de segunda”, dependiendo en cierta forma de una “selección darwiniana” como existe en México y tal vez en Brasil.

Ambos países tienen un sistema de residencias limitado y selectivo, conducido por organismos estatales al que acceden sólo los mejores.

Tabla 1

ÁMBITO DE FORMACIÓN DE GRADO			
INDICADOR	ARGENTINA	EE.UU.	ALEMANIA
Población	40 millones	300 millones	80 millones
Número Fac de Med	26	125	34
Ingreso anual	13.000	16.000	8.000
Relación Fac/ Alumno	500	128	205
Total de alumnos Med	73.000	67.000	78.000
Relación alum/población	1/547	1/4477	1/1025
Egreso anual	5300	16.000	8.000
Deserción	47% (UBA 70%)	No.	No.
Control de calidad	No.	Si.	Si.

Conclusiones:
 1) Excesivo número de alumnos
 2) Excesiva relación alumno/facultad
 3) Excesiva deserción
 4) Excesivo egreso
 5) No existe control de calidad (evaluación final)

Referencias:
 1 Sacado de Indicadores Básicos de Organización Panamericana de la Salud
 2. Soc. Arg. De Investigación y desarrollo en Educación Médica - Anuario 99-03
 3 www.acgme.org
 4 http://observatorio.msal.gov.ar/residentes/
 5 Asoc. Médica Alemana
 6 Of. Federal Estadística de Alemania
 7 Rogers, C: Medical Educations. ACS (Bull) 1998: 83 (6). 8 - 9
 Guía de Mundo 2007

Tabla 2

ÁMBITO DE FORMACIÓN DE POSGRADO					
INDICADOR	ARGENTINA	EE.UU.	ALEMANIA	BRASIL	MÉXICO
Población	40 millones	300 millones	80 millones	190 millones	110 millones
Cantidad de médicos	125.000	690.000	310.000	320.000	150.000
Médico c/10.000 hab. (Índice (7) 10-14)	32	22	38	16	14
Egreso anual de médicos	5.300	16.000	8.000	-	10.000
Vacantes de residentes de 1º año	2500 (estimado)	14.000	8.000	Limitado.	Limitado.
Control de calidad	No.	Si.	Si.	Selectivo	Selectivo

Conclusiones:
 1) Excesivo números de médicos
 2) Excesivo número egresados que excede la capacidad de formación
 3) Ausencia del control de calidad

Referencias:
 1 Sacado de Indicadores Básicos de Organización Panamericana de la Salud
 2. Soc. Arg. De Investigación y desarrollo en Educación Médica - Anuario 99-03
 3 www.acgme.org
 4 http://observatorio.msal.gov.ar/residentes/
 5 Asoc. Médica Alemana
 6 Of. Federal Estadística de Alemania
 7 Rogers, C: Medical Educations. ACS (Bull) 1998: 83 (6). 8 - 9
 Guía de Mundo 2007

2. Del control de calidad: la certificación es una norma vigente (ISO) en la sociedad moderna que permite, a través de la evaluación periódica por sus pares, el cumplimiento de estándares (requisitos esenciales fácilmente verificables), auditar estructuras, procesos y resultados que permiten determinar la calidad del producto final.

El concepto de calidad es exclusivamente objetivo: “el producto satisface estrictamente los requerimientos para los que fue conformado”.

Este procedimiento, que se inició en las líneas de producción industrial como necesidad competitiva, se extendió rápidamente a los servicios y es actualmente factor determinante en los países con normas adecuadas para definir la calidad de las instituciones formadoras, de los programas de formación y de las competencias profesionales individuales. No se concibe así una empresa que no invierta en mejorar sus productos y rendimientos. Particularmente la “empresa salud” –más que ninguna otra– debe exigir un calificado y confiable recurso humano médico evaluado/acreditado/certificado por sus pares.

3. De los formadores: un sistema hospitalario público deteriorado y anacrónico, algunos con servicios también virtuales y casi todos con tareas de tiempo parcial que generan programas distorsionados o desarrollen “conurrencias” impresentables. Instituciones privadas de medicina prepaga o de obras sociales que carecen de capacidad para efectuar auditorías internas (estadísticas, ateneos, comités, publicaciones, docencia, investigación) y desarrollan programas de “seudoresidencias” en las cuales –salvo excepciones en algunas especialidades– el sistema es de servicio y no de educación.

4. De la certificación como especialista: este procedimiento –competencia exclusiva de los pares, “sociedades científicas de las especialidades” en los países con normas adecuadas (Estados Unidos, Unión Europea y Canadá)– es insólitamente compartido por distintas instituciones con las mismas atribuciones legales y diferentes criterios.

- a. La universidad: la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires reglamentó en 1989 las “carreras de médicos especialistas” por aplicación del estatuto universitario de 1966, Ley 23068, inicialmente teóricas y discutiblemente útiles, sujetas a varias correcciones hasta que en 1996 la Ley de Educación Superior estableció “que las carreras de posgrado debían ser acreditadas por la CONEAU” y esta, a su vez, definió “la importancia de que estas carreras están ligadas íntimamente a la residencia médica”, herramienta

fundamental para la óptima formación del especialista. La evaluación se hace con la participación de pares cuyo dictamen constituye la base sobre la que se asienta la decisión de la comisión. La CONEAU lleva acreditadas hasta la fecha 328 carreras universitarias de Especialización en Medicina en universidades públicas y privadas de todo el país (buscador de Programas en Internet) con este procedimiento sin evaluación de calidad. Compartimos la opinión de Alberto Agrest: “Nada se aprende si no se tiene una experiencia directa y nada se aprende críticamente si no se trabaja en la producción de conocimiento. Lo aprendido en clases, cursos y conferencias aporta a la cultura general y al entretenimiento, no al aprendizaje de un profesional que exige conocimiento crítico y alguna suerte de decisión de efectos trascendentales”.

- b. Los Colegios Médicos de Ley: Creados en la Provincia de Buenos Aires por Decreto/Ley 5413/58 y puesto en vigencia por Ley del Congreso Provincial, en cuyos considerandos refiere: “...El Estado no debe permanecer indiferente a las inquietudes que ponen de manifiesto el interés de un gremio tan numeroso como el de los profesionales médicos...”. Dentro de sus funciones y atribuciones sólo dos son extragremiales: “El gobierno da la matrícula a los médicos que ejercen en el distrito y el reconocimiento del ejercicio de la especialidad”.

En el año 2002, “el Colegio asume la responsabilidad de otorgar y reconocer el título de especialista mediante el diploma correspondiente, después de haber rendido la prueba de competencia teórico-práctica”. Las juntas de evaluación no mencionan a Sociedades de la especialidad sino a “colegiados de la misma especialidad”. Además, establece que “la certificación que reconoce el ejercicio y autoriza el uso del título de especialista será extendida únicamente en diploma y carné”. La confusión es total; el Ministerio de Salud Pública de la Nación sostiene: “El Colegio Médico es un espacio de delegación de los Ministerios de Salud Pública provinciales. No es una entidad científica, gobierna la matrícula y otorga la autorización para anunciarse como especialista. El colegio no certifica, no evalúa, ni acredita programas de residencias”.

“Sólo los pares de cada especialidad determinan técnicamente quiénes son los especialistas”. En síntesis, la realidad fáctica indica que los Colegios Médicos de Ley –entidades autóctonas y pluripotentas, sin límites precisos y de origen gremial, no técnico– se han extendido en el ámbito de la enseñanza médica de posgrado sobre el área de las

sociedades científicas, pero incluyéndolas en su seno.

Esta ambivalencia está desde el principio, como el pecado original: el título de médico no es habilitante para ejercer la medicina, la matrícula sí y, a través de la matriculación, simple acto administrativo, con el título, un arancel y tres fotos tres cuarto de perfil y fondo claro, el graduado está capacitado para todo acto médico.

Compartimos el concepto de Vicente Gutiérrez: “En los comités y consejos de certificación no tienen que estar los gremialistas, porque ellos están para proteger a los médicos y la certificación está para proteger a la sociedad. Para que sea confiable la certificación no tiene que haber participación gubernamental”.

- c. Entidades científicas de la especialidad reconocidas a tal efecto: reiteramos nuestra doctrina al respecto que establece que la calidad de las instituciones formadoras, de los programas de formación y de las competencias individuales de los egresados es responsabilidad exclusiva de la acreditación por sus pares, a través de la Sociedad de la especialidad correspondiente. La residencia es la única estructura de formación apta, no da título, es simplemente el requisito indispensable para el examen de certificación. Algunas sociedades no privilegian las residencias y su único requisito

para optar a la membresía titular y a la certificación es la simple concurrencia formal o informal de cinco años a un servicio, causa y efecto de las políticas societarias. Compartimos, una vez más, los conceptos de Vicente Gutiérrez: “La concurrencia a un hospital durante cinco años en la Argentina se considera suficiente para anunciarse como especialista. En ningún lugar del mundo con ir a un hospital a la mañana durante cinco años se forma a alguien”.

Como consecuencia de todos estos factores, el recién graduado y matriculado ciudadano argentino tiene ante sí un abanico de opciones para iniciar su carrera profesional: puede ingresar en una residencia normal o en una seudoresidencia; puede incorporarse a una “concurrencia programática” o a una informal; puede cursar una carrera universitaria de especialización, desarrollada en una universidad nacional o privada, ligada o no a un Programa de residencia y puede, finalmente, acceder a la práctica directa en relación de dependencia a través de una institución de medicina pre-paga o de obra social. Cualquiera que sea su opción puede tener la seguridad de que al cabo de un tiempo podrá alcanzar la “certificación legal” sin haber pasado en su transcurso –ni él ni la opción– por un control de calidad real, porque en nuestro país la enseñanza médica del posgrado no tiene una base sustentable (Tabla 3).

Tabla 3

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA					
1- Cantidad total de médicos residentes en la Rep.Argentina	10.748			Financiamiento público	85% 9146
				Financiamiento privado	15% 1602
2- Vacantes estimadas de residentes de primer año	2.500				
3- Egreso anual de médicos	5.300				
4- Aspirantes excluidos del sistema	2.800	(53%)			
5- Costo público estimado del sistema con una retribución supuesta de 2.500\$ por mes.	\$297 millones por año				
6- Costo estimado de cada médico residente	\$130.000				
7- Porcentaje del PBI del gasto público de salud	Argentina	EE.UU	Alemania	Brasil	México
	4,60%	8,10%	10.6%	3,60%	2,4%
Conclusión:					
No surge de la información recogida, de la distribución geográfica y de las especialidades la certeza que ellas sean consecuencia de un planeamiento.					
Ante la carencia de información válida sobre costos públicos del sistema se han supuesto los valores correspondientes.					

Conclusiones

Se concluye que la Argentina carece de una base sustentable de formación de posgrado y que esta crónica sólo puede ser revertida por la acción coordinada de los sectores responsables: el potencial humano médico debe ser monitoreado a través del Estado, que debe proveer el marco indispensable de planeamiento, la Universidad satisfaciendo el requerimiento en su línea de producción y las Sociedades optimizando su empleo en las áreas respectivas.

Este proceso debe incluir la regulación del número de estudiantes universitarios adecuando los egresos a las necesidades reales, las posibilidades laborales y, obviamente, a las vacantes de residencias.

Todo ello con un control de calidad en todos los niveles, responsabilidad exclusiva de los pares, de cada uno de nosotros, de cada Sociedad científica y de las Instituciones rectoras de la Medicina de la República Argentina.

Referencias

¹ ACAP: Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Posgrado en la República Argentina

² "Las Residencias Médicas: su papel en la educación de posgrado en la República Argentina". Héctor Vidal, Fernando S. Silberman, Delio Aguilar, Jorge L. Manrique y Roberto Pradier.