

Análisis del Proceso de Acreditación del Residentado Médico en el Perú, 2003-2005

Analysis of the Accreditation Process of the Medical Residency Programs in Peru, 2003-2005

Eduardo Paredes-Bodegas

RESUMEN

Se presenta la evolución histórica del Residentado Médico en el país, se analiza el proceso de su acreditación el cual ha resultado ser lento y engorroso con muchos defectos y se propone una serie de procedimientos para optimizar los resultados.

Palabras clave: Acreditación, Facultad de Medicina, Residentado Médico.

ABSTRACT

It is shown the historical evolution of the Medical Residency Program in our country, it is analyzed the accreditation process that resulted to be slow and very difficult task with a lot of defects and it is proposed many procedures in order to optimize the achievements.

Key words: Accreditation, Faculty of Medicine, Residency Program.

INTRODUCCIÓN

Las siguientes circunstancias nos indujeron a plantearnos la elaboración de este trabajo por conocerlo desde dentro:

- El haber realizado el residentado médico en Cirugía General, de 1971 a 1974, al cual ingresamos mediante un proceso de selección que constó de un examen escrito y luego de una entrevista personal y la culminación de éste con la obtención del título.
- El interés y la participación activa en el desarrollo del residentado, participando en la Asociación Nacional de Médicos Residentes, la cual luchó por conseguir tutores en el día y en las guardias, programas, salario mínimo, vacaciones de un mes y otros beneficios para los residentes.
- El haber trabajado como tutor de residentes de Cirugía General en las guardias y de residentes de Cirugía Pediátrica durante todo el día y en las guardias.
- El haber comandado el proceso desde la Escuela Nacional de Salud Pública, hoy Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, IDREH, entre 1991-1993 y participado activamente desde 1991 hasta la actualidad en el Comité Nacional de Residentado Médico, en el pleno, en Comisiones, en Seminarios y Acreditaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto de Enfermedades Neoplásicas, INEN, inició el sistema de formación de especialistas, organizándolo al modelo norteamericano de residentado médico, en 1952⁽¹⁾. Hasta entonces, los especialistas se formaban en el extranjero o bajo el sistema no escolarizado, ad-honorem, mediante la presencia de asistentes libres en los servicios que bajo el patrocinio de especialistas, jefes de servicios o Jefes de departamentos, realizaban su especialización mediante la adquisición de competencias a partir de una relación estrecha con el trabajo de maestro-discípulo, tutor-tutorado.

A partir de 1963, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inició la institucionalización de la especialización en medicina bajo la denominación de 'Residentado Médico', por el Estado. Basándose en el Decreto Supremo N° 89-63-DGS. El Ministerio de Salud Pública emite la Resolución Ministerial N° 90-63-DGS, del 17 de mayo de 1963, mediante la cual, se aprueba el Reglamento del Residentado Médico Hospitalario. En este reglamento, se establece la necesidad de un Comité de Educación y de la Asesoría de las Facultades de Medicina. Además, y como hito muy importante, se establecen los requisitos que deben tener los hospitales para realizar el Residentado Médico.⁽²⁾

Se puede afirmar, que desde su creación, la búsqueda de la calidad de los programas y de los egresados, profesionales especialistas, es una constante propuesta por el Estado, en el quehacer universitario y del Comité Nacional de Residentado Médico.

A pesar de ello y de las numerosas normas, Decretos Supremos, Resoluciones Supremas, Resoluciones Ministeriales, Leyes Universitarias, hasta el momento no tenemos un buen sistema de Acreditación de la Especialización Médica mediante el Residentado Médico. Contamos con un modelo con deficiencias, con muy pocos

1. Director de la Escuela de Postgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

programas Acreditados y solo los nuevos, sin cuadros capacitados para realizar la Acreditación de los programas *autorizados* y serias dificultades económicas para cumplir con los requerimientos de un proceso de la magnitud que nos espera.

Es en el año 2000, que el Comité Nacional de Residentado Médico (Conareme) decidió, finalmente, iniciar los procesos de Evaluación y Acreditación del Residentado Médico, para ello, decidió realizar un corte en lo que a programas se refiere, establecer y denominar a los programas existentes hasta ese momento como ‘autorizados’, continúan funcionando, serán Acreditados posteriormente y exigir la Autoevaluación y Acreditación para los programas que se creen y para las ampliaciones de vacantes en los programas *autorizados*, así como, de aquellos programas que sean objeto de observaciones por alguno de sus integrantes.

Desde esa fecha, el Conareme viene evaluando y acreditando los programas de formación de especialistas creados y las ampliaciones de campo clínico solicitadas por las universidades

Para tal fin, creó los Estándares de Formación y los Estándares Institucionales. Los primeros, a fin de establecer el mínimo de competencias que los residentes deben adquirir en cada especialidad y el número de procedimiento a realizar para adquirir la competencia respectiva. Los segundos, con el objetivo de establecer las características mínimas que deben tener y los aportes de cada institución participante del proceso, equipamientos, docentes y tipo de patologías determinadas, requeridos para la adquisición de las competencias establecidas.

Desde que se implementó este sistema, y entre los años del 2003 al 2005, se han evaluado 199 programas de residentado médico de los cuales han acreditado 73, se han autorizado 42 (condición que obligaba a evaluarlos al año) y no han acreditado 84. Es importante por lo tanto conocer:

¿Qué resultados se han logrado?, ¿cuáles han sido los aspectos que han favorecido y cuáles los que han dificultado el desarrollo y crecimiento del sistema? y ¿cuál ha sido el aporte del proceso de acreditación del residentado médico en la formación de especialistas y las capacidades institucionales?

MARCO TEÓRICO

La calidad es un término utilizado en demasía por la industria y comercio, su definición dista de la utilizada en educación. Calidad es un vocablo o término con muchas acepciones, así tenemos que:

Calidad (del latín *qualitas* o *qualitatis*) es definida por el Diccionario de la Lengua Española como: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite juzgar su valor, apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Se define también como superioridad, excelencia, perfección y se señala que es de calidad cuando goza de la estimación o preferencia general.⁽³⁾

La Organización Internacional para la Estandarización, o *International Standards Organization* (ISO), en su norma 8402 definió la calidad como “la totalidad de características de una entidad que le confieren la capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas; entendiéndose por entidad a una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso; y los elementos que la conforman a las necesidades, que son básicamente: seguridad, disponibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, economía y el ambiente.”⁽⁴⁾

Para Bell, la calidad es como “adecuación o aptitud para el logro de los propósitos”, que es de índole más pragmática, y que bajo este

enfoque subyace el concepto de ‘rendición de cuentas’ ante quienes sostienen la institución, lo que corresponde al término inglés *accountability*. La efectividad implicada en esta moción tiende a medirse por indicadores de desempeño o rendimiento.⁽⁵⁾

La calidad de la educación superior es una preocupación importante en prácticamente todos los países del mundo. Muchos factores lo explican, entre los más destacados⁽⁶⁾: la ampliación de la cobertura, la diversificación de las instituciones y la competencia entre ellas para conseguir más estudiantes, los cambios en el modo de producción de los conocimientos, el interés por resguardar el nivel y la pertinencia del aprendizaje, los requerimientos de la globalización y la necesidad de homologar las condiciones, el sentido y la idoneidad de los estudios.

La regulación de la profesión médica con miras a la calidad nace en Estados Unidos, alrededor de 1910, cuando un grupo de oftalmólogos estableció el criterio necesario para determinar quién podía ser médico oftalmólogo y quién no.⁽⁷⁾ Así, comenzó la Primera Junta de Certificación para Médicos y para 1936 todas las Juntas de Especialidades habían sido establecidas.⁽⁷⁾

A partir de 1963, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, inicia la institucionalización de la especialización en medicina bajo la denominación de ‘Residentado Médico’, por el Estado, mostrando inquietud por la calidad, al establecer la evaluación de los servicios en los cuales se desarrollará el Residentado Médico Hospitalario⁽²⁾.

Basándose en el Decreto Supremo (DS) N° 89-63-DGS. El Ministerio de Salud Pública emite la Resolución Ministerial N° 90-63-DGS, del 17 de mayo de 1963, mediante la cual, se aprueba el Reglamento del Residentado Médico Hospitalario. En este reglamento, se establece la necesidad de un Comité de Educación y de la Asesoría de las Facultades de Medicina. Además, y como hito muy importante, se establecen los requisitos que deben tener los hospitales para realizar Residentado Médico.⁽²⁾

Es el DS N° 14/ 66-DGS, el que aprueba una nivelación de haberes para los residentes (El Estado reconoce la necesidad de un salario para el médico residente), y que mediante Resolución Ministerial se establecerá el número de plazas para cada hospital del Ministerio de Salud y Asistencia Social en el programa de adiestramiento médico mediante el sistema de Residentado.⁽⁸⁾

En 1971, mediante el DS N° DS.0055-71-SA, el estado determina: que los centros asistenciales del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Ministerio de Trabajo, prestarán facilidades para la docencia médica y que estas instituciones celebraran convenios con las universidades. Además, establece, que el Residentado se realizará en los centros asistenciales acreditados.⁽⁹⁾

El 14 de octubre de 1971, el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (Conup) emite la Resolución N° 680-71-Conup, la cual, en su artículo cuarto, autoriza a la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) a realizar los ciclos de segunda especialización, con diversos programas, bajo el sistema de residentado y a otorgar Títulos de Especialista a nombre de la Nación.⁽¹⁰⁾

Nuevamente el Conup, mediante Resolución N° 1226-73-Conup, autoriza a la formación escolarizada universitaria de médicos especialistas en los hospitales de Lima.⁽¹¹⁾

En 1976 y de conformidad con el DS N° 0055-71-SA del 13 de abril de 1971, es firmado un nuevo DS, el DS N° 00659-76-SA, mediante el cual se aprueba el Sistema Nacional de Formación de Especialistas, en el cual, se debe Calificar la Capacidad Instalada de los servicios.⁽¹²⁾

Posteriormente, aprueban las Normas Básicas del Programa Nacional de Residentado Médico, DS 036-86-SA, estableciendo que se debe Evaluar y Acreditar periódicamente los establecimientos de Salud. Resolución Suprema (RS) N° 005-87-SA.⁽¹³⁾

En febrero del año 1988, se firma el DS N° 008-88-SA, que aprueba las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico, estableciendo en el Art. 13° incisos a, e y f que: el Comité Nacional de Residentado Médico, debe elaborar las normas complementarias, establecer las normas básicas de calificación de servicios y programas de residentado médico, y evaluar permanentemente el Sistema.⁽¹⁴⁾

La Asociación Peruana de Facultades de Medicina muestra su preocupación por la calidad del Residentado Médico en 1965, según se aprecia en el boletín de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (Aspefam), en el cual se menciona el Programa que desarrollará la Aspefam, que, en el numeral 7 dice: Programa de Residentes y en el numeral 8, sobre Calificación y Acreditación de Hospitales, que “La Asociación establecerá normas y pautas generales para la calificación y acreditación de Hospitales para la docencia, Internado y Residentado”⁽¹⁵⁾. Desde 1994, el Comité Nacional de Residentado Médico muestra preocupación por la calidad del residentado y comienza a discutir en sus sesiones la acreditación del sistema, principalmente de las sedes, creando comisiones y elaborando estándares de acreditación de sedes hospitalarias de residentado.⁽¹⁶⁾ En el año 1996, mediante Acuerdo N° 017-96, crea la Comisión de Evaluación y Acreditación de Sedes Docentes⁽¹⁷⁾.

En 1996 el Minsa emite la Resolución Ministerial (RM) 511-96-SA/DM, de fecha 21 de agosto de 1996: Manual de Acreditación de Hospitales. A partir de ella se emiten otras RM.

- RM 673-96-SA/DM, 19 de noviembre de 1996: Guía para la Aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales.
- RM 261-98-SA/DM, 16 de julio de 1998: Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM 519-2006/Minsa: Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM 703-2006/Minsa, 17 de agosto del 2006: Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

En el año 2000, el Comité Nacional de Residentado Médico, da inicio al proceso de Acreditación, inicialmente de sedes y posteriormente de programas, aspectos académicos o universitarios y aspectos hospitalarios.

En la búsqueda de la calidad de procesos y resultados, se emplean diversas metodologías, las cuales tratan de establecer mediante comparación de un estado predeterminado llamado estándar, la diferencia con la realidad.

Brunner, cuando se refiere a la calidad de la enseñanza superior, remarca el cumplimiento de ciertos estándares y objetivos, ya sea en el área de la docencia, de la investigación, de la administración institucional o gestión del sistema y de la proyección a la comunidad. La calidad, se apreciará a través de los resultados en los diferentes aspectos del producto. “Ella existirá en la medida que se logren las metas fijadas”.⁽¹⁸⁾

Definida la calidad, punto de partida y llegada de la Autoevaluación y de las Acreditaciones, el patrón son los objetivos y el programa (currículo), veamos los aspectos relacionados al currículo.

Autoevaluación es el proceso de introspección, de mirada interior, de revisión de los procesos y resultados, de la Misión y Objetivos. Acreditación es el proceso por el cual una institución externa, nacional o internacional da fe pública de la calidad de un programa, una carrera o de la misma institución.

Los objetivos de la formación del posgrado están encaminados a ofrecer al profesional un nivel cualitativamente superior desde el punto de vista profesional y científico. La especialización proporciona la profundización y ampliación de los conocimientos, los aspectos procedimentales y en las actitudes, en áreas particulares de la profesión. Este proceso se desarrolla en los Sistemas Nacionales de Salud.⁽¹⁹⁾

El término currículo tiene su origen en la Edad Media, específicamente en los siglos XVI y XVII, en su primera acepción indicaba lo recurrente, lo que se repetía año tras año, posteriormente especificaba los estudios de cada curso.⁽¹⁹⁾ La introducción y castellanización de la palabra currículo conlleva la acepción de plan de estudios y surge en los años 50 y 60, creando unas técnicas o especialidad pedagógica bajo los nombres de desarrollo curricular, diseño curricular y construcción curricular.

El término currículo es reconocido en la lengua española en 1983 en que aparece conceptualizado en el Diccionario de Ciencias de la Educación, de las editoriales Santillana y Reidero y en 1984 en el Diccionario de la Real Academia Española, que lo denominó currículo y lo definió como el conjunto de enseñanza y prácticas que con determinada disposición han de cursarse para cumplir un ciclo de estudios u obtener un título.⁽¹⁹⁾

La Dra. Rita Ma. Álvarez de Zayas define como currículo al Proyecto Educativo que asume un modelo didáctico como base y posee la estructura de su objetivo: la enseñanza y el aprendizaje, que expresa una naturaleza dinámica e interdependiente con el contenido histórico-social, a las necesidades del estudiante y a los progresos de la ciencia.⁽¹⁹⁾ Y, ha conceptualizado el plan de estudios como el documento para ser aplicado, que define, estructura, organiza y orienta el sistema de objetivos y contenidos y las orientaciones de cómo se debe desarrollar por profesores y estudiantes en la escuela, universidad, para cumplir los requisitos de un determinado nivel de enseñanza o adquirir un título, en función de las necesidades sociales, económicas y culturales de un país.⁽¹⁹⁾

La concepción más general está basada en el enfoque histórico-cultural, desarrollado por Vigotski, que tiene como premisa fundamental la teoría general de la Dirección y las regulaciones del proceso de asimilación de los conocimientos. En esta concepción el punto de partida es el perfil profesional y patrón para evaluar la calidad de los resultados del sistema: los egresados, futuros profesionales.

La calidad, inicio y fin de la Acreditación, con el currículo, patrón de comparación y cumplimiento, nos llevan a determinar las características especiales del proceso de formación de especialistas.

La enseñanza del postgraduado o titulado en medicina posee características diferentes a otros procesos de formación anterior a ellas, estas características en las especializaciones médicas están bien claras y de marcadas y según autores estos son los requerimientos⁽²⁰⁾.

- Vínculo laboral real.
- Mayor independencia en el aprendizaje.
- Independencia en actividades concretas de trabajo.
- Eficiencia laboral, se evidencia su competencia y desempeño profesional

- Responde a parámetros máximos de exigencia.
- Dominio de otro idioma para la obtención de información y para la comunicación de los resultados.
- Amplio desarrollo científico, técnico e investigativo.
- Obtención de experiencia, desarrollo de la creatividad y producción de conocimientos.

De acuerdo a estas características, existen principios que rigen la Educación de las especializaciones en medicina que delimitan la organización, aplicación y control del proceso educativo y son:

- Integración docencia-atención-investigación.
- Educación en el trabajo.
- Enseñanza tutorial.
- Estudio y trabajo independiente.

Características de la sede

- Convenio vigente con la universidad.
- El jefe del servicio o departamento asistencial debe tener alguna relación formal con la universidad.
- Actividad científica regular
- Publicaciones producto de las investigaciones

Del Programa

- Debe tener un sistema de ingreso, evaluación y certificación, regulado por una norma formal de la universidad.
- Evaluaciones periódicas y formales, tanto del aprendizaje del alumno como de la implementación del programa.
- Estadía electiva de aproximadamente tres meses.
- Duración establecida
- Responsable del programa.

Además, debe haber:

- Una Metodología de enseñanza explícita
- Actividades formativas programadas
- Supervisión directa y tutoría
- Recursos humanos
- Recursos de la sede
- Recursos clínicos de la sede
- Productos clínicos de atención directa a realizar por el estudiante en todo su período formativo.⁽²⁰⁾

Autoevaluación y Acreditación

Para la Acreditación se evaluará el informe de Autoevaluación presentado por la institución solicitante y el informe de los Pares Externos posterior a la visita realizada a la institución. Por lo tanto, el proceso se inicia con la Autoevaluación y Autorregulación de parte de la institución que desea la Acreditación, después de los cuales, la institución, la facultad en nuestro caso, emite un informe y desarrolla los proyectos de mejora con relación a las deficiencias encontradas.

SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

Descripción del sistema y del proceso:

El Sistema de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina, se sustenta en dos tipos de estándares y en las Normas y Procedimientos aprobadas por Conareme:

- Normas y Procedimientos de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina.
Acuerdo N° 184-2004, y modificado por Acuerdo N° 198-2004-Conareme.⁽²¹⁻²²⁾

- Estándares Mínimos de Formación, en ellos se establece las competencias que el estudiante debe adquirir y el número de procedimientos a realizar de cada competencia.⁽²³⁾
- Estándares Mínimos Institucionales (aprobados en Sesión del 13 de setiembre del 2004, mediante Acuerdo N° 166-2004-Conareme), para la Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina Humana. Estos Estándares, cuyo cumplimiento corresponde tanto a la universidad como a la sede docente son los que permiten establecer la capacidad de campo clínico para cada especialidad.⁽²⁴⁾

El Proceso se inicia con la Autoevaluación, en ella la institución universitaria constata el cumplimiento de los Estándares, tanto los de Formación como los Institucionales y realiza un informe, que sustenta con la documentación respectiva.

- Paso 1. Cronograma por Conareme

Conareme aprueba anualmente el Cronograma del proceso de Acreditación.

- Paso 2. Autoevaluación por la Facultad de Medicina.

De acuerdo a él, la universidad, Facultad de Medicina, luego de efectuada la Autoevaluación y constatado que cumple los estándares, suscriben el informe.

- Paso 3. Solicitud y Expediente dirigida al Presidente de Conareme.

Solicitud dirigida al Presidente acompañada por un expediente que contiene el informe de Autoevaluación y todos los documentos necesarios para sustentarlo.

- Paso 4. Revisión del expediente por la Comisión.

La Comisión de Acreditación de Conareme revisa el expediente, constatando que esté completo y la pertinencia del pedido.

- Paso 5. Designación de los evaluadores.

Aceptado el Expediente se designa a los evaluadores y se le informa a la universidad para que pueda presentar alguna observación al respecto.

- Paso 6. Programación de la visita.

El equipo evaluador revisa el expediente, contrasta los estándares con el informe de Autoevaluación y programa la visita, fechas que son comunicadas a la universidad.

- Paso 7. Informe del equipo evaluador

El equipo evaluador prepara y presenta su informe a la Comisión de Acreditación.

- Paso 8. Revisión y presentación del informe al Comité

La Comisión revisa el informe y presenta el resultado al Comité Nacional de Residentado Médico, para su aprobación y otorgamiento de las vacantes o denegación de ellas.

- Paso 9. Emisión del Acuerdo Final

El Comité Nacional de Residentado Médico, emite un acuerdo aprobando o desaprobando la Acreditación.

La especialización se da a través de la relación universidad-hospital. Las competencias se adquieren realizando el trabajo, actos médicos, propios de la especialidad, mediante la docencia en servicio, aprende haciendo e investigando. Los médicos asistentes-docentes, ceden al alumno, residente, parte de sus funciones, supervisándolas estrechamente al inicio y con menor dependencia según se avance, según se progrese en la adquisición de las competencias (Tutorías).

Para la Acreditación de los Programas de formación de especialistas, (el Currículo y sus componentes y la sede docente), es necesario conocer el currículo, el proceso pretende establecer si ese currículo es viable, aplicable, se puede desarrollar en dicha sede o no.⁽²⁴⁾

De la relación universidad-hospital se desprende que la universidad y el hospital deben ser instituciones Acreditadas. En nuestro medio, las facultades de medicina están Acreditadas solo para el pregrado, no así los hospitales. Debemos exigir la acreditación hospitalaria.

Para que un programa de especialización pueda desarrollarse se requiere de algunos requisitos básicos e indispensable, tanto de la Facultad como de la Sede Docentes, sin los cuales, será imposible formar especialistas con las competencias adecuadas. Las características o condiciones mínimas deseadas se establecen y determinan a través de:

- Convenios Marco y Específicos entre la Universidad y la Institución Prestadora de Servicios de Salud; Facultad y Hospital.
- Currículo, silabo, normas de evaluación, de calificación, de promoción y de titulación.
- La presencia de personal docente ordinario calificado de la facultad.
- Existencia de pacientes con la patología requerida que permita estudiarlos, tratarlos y seguirlos para adquirir las competencias.
- De infraestructura y equipamiento hospitalario.
- Infraestructura y equipos al servicio y de apoyo a la docencia y
- De respeto irrestricto del número de campos clínicos, vacantes máximas aceptables.

La obtención de información de los datos duros y de opinión, mediante encuestas, debe indagar con relación a lo expuesto anteriormente y expresarse en un informe de Autoevaluación.

Las deficiencias encontradas darán origen a proyectos de mejora que permitan superarlas.

1. La obtención de información se da:

De los datos Duros:

- De los Convenios Marco, entre la universidad-entidad prestadora de servicios de salud y específicos entre la facultad-hospital; ambos vigentes.
- Del currículo y silabo para cada especialidad, de las Normas de Evaluación, Calificación, Promoción y Titulación.
- De los expedientes de los docentes ordinarios de la facultad.
- De las estadísticas hospitalarias: Pacientes en consulta externa, hospitalizados y por emergencia, tipo de patologías, altas, defunciones, intervenciones quirúrgicas de diverso grado de dificultad, procedimientos, Interconsultas. Estudios de apoyo al diagnóstico y necropsias.
- Infraestructura y equipamiento para la especialidad en evaluación y de apoyo al diagnóstico.

Al obtener información se debe tener en cuenta que para una especialidad se requiere de todos los aspectos co-relacionados, tanto en especialidades como en ayudas diagnósticas.

De las encuestas de opinión: a los Coordinadores, a los Docentes y a los Médicos Residentes.

2. Con la información obtenida realizarán un informe pormenorizado que debe ir acompañado de los documentos sustentatorios.
3. De los proyectos de mejora requeridos, los cuales deben estar aprobados por los órganos correspondientes.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Han transcurrido más de seis años de la dación de la Ley de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina, Programas de Pregrado⁽²⁶⁾, y tres del inicio de las acreditaciones de los programas de segunda especialización con los actuales estándares.⁽²¹⁻²⁴⁾

Cinco años, desde el 2000, de Acreditación con una mixtura de estándares; diez años de la conformación de la Primera Comisión, encargada del diseño de Evaluación y Acreditación de sedes hospitalarias⁽¹⁷⁾; y doce, de la conformación de la Comisión encargada de Evaluación de Sedes Docentes para desarrollar el Residentado Médico⁽¹⁶⁾.

Solo se han Acreditado, Autorizado o No Acreditado únicamente programas nuevos, entendiéndose como tales, a aquellos programas nuevos, ampliación de vacantes de programas antiguos ‘Autorizados’, y realizado una segunda visita de verificación de ‘estado’, a programas acreditados con reparos e indicación de re-evaluación al año.

En el plan Estratégico de Conareme, figura como objetivo la acreditación de todos los programas existentes, de la solicitud de incremento de vacantes y de los programas por crearse.⁽²⁷⁾ Según las características y elevado número de programas y de los altos costos del proceso de Acreditación para la universidad, creemos necesario evaluar lo realizado y plantear normas, estándares y procedimientos adecuados para el mejoramiento de la calidad a menor costo, de más fácil aplicación y que permita la Acreditación de todo el sistema. Queda la Interrogante que ¿si el esfuerzo realizado justificó los resultados obtenidos?, ¿cuales son los datos existentes al cabo de esos tres años? Y ¿cuales las perspectivas del proceso?

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

General

Realizar el análisis crítico del proceso de Acreditación y plantear un nuevo modelo.

Específicos

- Describir y analizar el proceso de acreditación de Programas de segunda especialización y sus resultados
- Establecer el estado actual del sistema en todos sus parámetros.
- Identificar la apreciación de los principales actores participantes en el proceso de Acreditación de Programas de Segunda Especialización.
- Proponer recomendaciones para la construcción del nuevo modelo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo, cualitativo y propositivo del proceso de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina. Describe el origen del Sistema y de su Acreditación, presenta los resultados y los discute y la opinión de expertos involucrados en los procesos.

Población de estudio

Para la parte descriptiva la población de estudio son los Decretos y Resoluciones Supremas, Normas de menor categoría, los programas de residentado médico sujetos a evaluación y acreditación y los elementos de estos procesos. Para la parte exploratoria se entrevistaron a los responsables del Residentado Médico de las principales Facultades de Medicina del país.

Operacionalización de variables

PARTE DESCRIPTIVA

Se estudiarán las variables e indicadores mostradas en la Tabla 1.

PARTE EXPLORATORIA

La parte exploratoria incluye las siguientes variables:

- Contexto del sistema de acreditación del residentado médico.
- Capacidades de Conareme para la acreditación de programas de residentado médico.
- Fortalezas del proceso de acreditación de residentado médico.
- Debilidades del proceso de acreditación de residentado médico.
- Apreciación general del proceso de acreditación de residentado médico.
- Perspectivas de trabajo y necesidades del proceso de acreditación de residentado médico.
- Recomendaciones para mejorar el proceso de acreditación de residentado médico.

PARTE PROPOSITIVA

La parte propositiva incluye:

- Aspectos conceptuales de la acreditación de residentado médico.
- Aspectos metodológicos de la acreditación de residentado médico.
- Nuevo modelo para la acreditación de residentado médico.

Procedimientos y Técnicas

- Revisión y procesamiento de informes de acreditación de programas de residentado médico

Para la parte descriptiva se revisará y procesará los informes de acreditación de programas de residentado médico y todos los datos del sistema.

- Procesamiento de opiniones y propuestas de los Coordinadores de Residentado

Para la opinión de los principales actores (parte exploratoria) se desarrollaron entrevistas donde los Coordinadores de Residentado Médico de las principales Facultades de Medicina expresaron su opinión y análisis sobre la situación del proceso y sus perspectivas. La guía de entrevista se presenta en el Anexo 1.

FIGURA

- Formulación de propuesta

La formulación de modificaciones incluyó la revisión y análisis de experiencias internacionales y la nacional.

También se realizó una revisión bibliográfica, conversaciones con expertos y procesos de análisis y reflexión personal.

Plan de análisis

Se acopió la información sobre el proceso de acreditación, se organizó por especialidades, por Facultades, por sedes docentes.

Las opiniones de los responsables de residentado médico se organizaron en función a las variables.

El análisis se realizó sobre la base del esquema presentado en la Figura 1.

Consideraciones éticas

La información de la parte descriptiva se basa en información secundaria obtenida con la autorización de Conareme.

La información de la parte exploratoria se obtuvo de entrevistas con los responsables del Residentado Médico de algunas universidades, a los que se explicó las características del trabajo de investigación y se aseguró la confidencialidad de sus opiniones y su uso exclusivamente académico.

Tabla 1. Variables e indicadores

Variable	Definición	Tipo	Escala de medición	Indicadores
• Programa de residentado médico	Segunda especialización médica desarrollada por Facultades de Medicina en Sedes Docentes e Instituciones prestadoras de servicios de salud.	Cualitativa	Nominal	Número de Programas
• Estándares mínimos de formación	Competencias que el estudiante debe adquirir y el número de procedimientos a realizar.	Cuantitativa	De razón	Número de estándares cumplidos
• Estándares mínimos institucionales	Capacidad de campo clínico para cada especialidad.	Cuantitativa	De razón	Número de vacantes por programa
• Programa acreditado	Programa de segunda especialización médica que cumple estándares de acreditación.	Cualitativa	Nominal	Acredita / No acredita
• Situación de acreditación	Situación de los programas acreditados con relación al total de programas.	Cuantitativa	De razón	Porcentaje

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

Génesis del proceso acreditación de residentado médico

Fue el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, INEN, el que inició el sistema de formación de especialistas con el modelo americano de residentado médico en 1952.⁽¹⁾

Anteriormente, la formación se realizaba bajo la forma denominada no escolarizada mediante la presencia de asistentes libres que bajo el patrocinio de especialistas, los jefes de los servicios o de los departamentos. La relación Maestro-Discípulo, tutor-tutorado fue la base de esta especialización.

A partir de 1963, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inicia la institucionalización de la especialización en medicina bajo la denominación de residentado médico.

Basado en el DS N° 89-63-DGS. Se emite la RM N° 90-63-DGS, del 17 de Mayo de 1963⁽²⁾, mediante la cual, se aprueba el Reglamento del Residentado Médico Hospitalario. En este reglamento se especifica de la necesidad de un Comité de Educación y de la asesoría de las Facultades de Medicina. Además, y como hecho muy importante, se establecen los requisitos que deben tener los hospitales para realizar Residentado Médico.

El DS N° 14/ 66-DGS⁽³⁾ aprueba una nivelación de haberes para los residentes (reconoce el residentado y la necesidad de salario para el médico residente) y que, mediante RM, se establecerá el número de plazas para cada hospital del Ministerio de Salud en el programa de adiestramiento médico mediante el sistema de Residentado.

En 1971, mediante DS N° 0055-71-SA⁽⁵⁾. Se determina que, los centros asistenciales del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Ministerio de Trabajo, prestarán facilidades para la docencia médica y que estas instituciones celebrarán convenios con las universidades. Además, se establece que el Residentado se realizará en los centros asistenciales Acreditados.

El 14 de octubre de 1971, el Conup emite la Resolución N° 680-71-Conup⁽⁶⁾, que en su artículo cuarto autoriza a la UPCH a realizar los ciclos de segunda especialización, con diversos programas, bajo el sistema de residentado, y a otorgar Títulos de Especialistas a nombre de la Nación.

Posteriormente, mediante Resolución N° 1226-73-Conup⁽⁷⁾, se autoriza a la formación escolarizada universitaria de médicos especialistas en los hospitales de Lima.

En 1976 y de conformidad con el DS N° 0055-71-SA del 13 de abril de 1971, es firmado un nuevo decreto supremo, DS N° 00659-76-SA⁽⁸⁾, mediante el cual, se aprueba el Sistema Nacional de Formación de especialistas, establece que para la formación se debe: Calificar la Capacidad Instalada de los servicios.

Posteriormente, aprueban las Normas Básicas del Programa Nacional de Residentado Médico, Decreto Supremo 036-86-SA⁽⁹⁾, estableciendo que se debe Evaluar y Acreditar periódicamente los establecimientos de Salud, RS N° 005-87-SA⁽²⁶⁾.

En febrero del 1988 el gobierno firma el DS N° 008-88-SA, que aprueba las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico (rigen hasta la actualidad), estableciendo en el Art. 13°

incisos a, e y f que: El Comité Nacional debe elaborar las normas complementarias, establecer las normas básicas de calificación de servicios y programas de residentado médico, y evaluar permanentemente el Sistema⁽¹⁰⁾.

Mediante Acuerdo N° 002-94 del 11 de febrero de 1994, el Comité Nacional de Residentado Médico, nombra una Comisión para Evaluar Sedes Docentes aptas para desarrollar Residentado Médico.⁽¹⁶⁾

Conareme mediante Acuerdo N° 017-96, aprueba efectuar el año 1996 el diseño de Evaluación y Acreditación de Sedes Hospitalarias. Realizando un primer ensayo en el mes de octubre⁽¹⁷⁾. Acuerdo N° 041-96, Diseñar los Instrumentos de Evaluación de Sedes Docentes.

El Plan Operativo será descrito detalladamente para su mejor análisis y aprobación en la próxima sesión. Acuerdo N° 063-96.

Acuerdo N° 076-96, nombramiento de Supervisores para el cumplimiento de lo aprobado en el plan operativo, dentro de ello para Acreditación. El Acuerdo N° 079-96, aprueba visita de los técnicos a algunos hospitales como verificación del proyecto.

En 1999, el Comité Nacional de Residentado Médico, en el Seminario de Planificación estratégica del 4 y 5 de diciembre, aprueba el plan estratégico que facilitó la iniciación del proceso de acreditación y la creación de los estándares mínimos de formación⁽²⁷⁾.

En el 2000, se realiza el Seminario Nacional Acreditación de Programas y Sedes Docentes⁽²⁹⁾. El resultado fueron las recomendaciones que dan inicio al mejor control y supervisión del Sistema y a la Acreditación de Programas y Sedes Docentes.

- Normas y Procedimientos de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina. (Acuerdo N° 184-2004, y modificado por Acuerdo N° 198-2004-Conareme⁽²¹⁻²²⁾).
- Estándares Mínimos de Formación, en ellos se establece las competencias que el estudiante debe adquirir y el número de procedimientos a realizar de cada competencia⁽²³⁾.
- Estándares Mínimos Institucionales (aprobados en Sesión del 13 de setiembre del 2004, mediante Acuerdo N° 166-2004-Conareme), para la Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina Humana. Estos Estándares, cuyo cumplimiento corresponde tanto a la universidad como a la sede docente son los que permiten establecer la capacidad de campo clínico para cada especialidad⁽²⁴⁾.

Programas de Segunda Especialización por sede Docente

El número de especialidades que se brindan en el sistema es 76, de las cuales 45 son especialidades de ingreso directo y 35 son subespecialidades, con requisito de una especialidad previa o de dos años de esta especialidad.

El número de programas (especialidad en una sede docente) asciende a 949. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con 358 y la de la Universidad Nacional Federico Villarreal con 219, son las que más programas tienen; y, le siguen la Universidad de San Martín de Porres, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad Nacional San Agustín con 133, 80 y 60 respectivamente. Las cuatro facultades de Lima, son las que más programas desarrollan (Tabla 2).

El elevado número de programas de San Marcos, Villarreal y San Martín de Porres les crea problemas de supervisión, evaluación y control, seguimiento, plana docente y evaluación de los residentes.

Tabla 2. Programas de Segunda Especialización por Facultad de Medicina

Programas Residentado	Nº	%
• Universidad Nacional Mayor de San Marcos	358	37,72
• Universidad Peruana Cayetano Heredia	80	8,43
• Universidad Nacional Federico Villarreal	219	23,08
• Universidad Nacional San Agustín	60	6,32
• Universidad Nacional de Trujillo	37	3,90
• Universidad Nacional San Luis Gonzaga	15	1,58
• Universidad Nacional San Antonio Abad	19	2,00
• Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	18	1,90
• Universidad de San Martín de Porres	133	14,01
• Universidad Católica Santa María	9	0,95
Total	949	100,00

Programas de Segunda Especialización por Institución Prestadora de Salud

En cuanto a las instituciones prestadoras de salud donde se realizan los Programas de Residentado Médico (pertenecientes al Sinareme), el Ministerio de Salud es la institución en la que se desarrollan la mayor cantidad de Programas con 398 (entre Lima y provincias), seguido de Essalud con 336 (entre Lima y provincias), luego vienen las sanidades de la policía nacional y de las fuerzas armadas (Tabla 3).

En las Regiones, el número de Programas es reducido (185 de los 949), mostrando la centralización del proceso de especialización en medicina.

Sedes por Institución prestadora de servicios de salud

El Minsa y EsSalud son los responsables principales del proceso con 47 sedes de las 56 existentes (Tabla 4).

Estado actual de la acreditación. Número y porcentaje de programas acreditados

De los 949 Programas de Residentado (cada especialidad en cada sede), 834 fueron autorizados sin evaluación, debido a su vigencia antes del inicio del proceso de acreditación y 199 (20,97%) fueron evaluados en el período 2003 al 2005 (Tabla 5).

Tabla 3. Programas de Segunda Especialización por Instituciones Prestadoras de Salud

Instituciones	Nº	%
• Minsa Lima	324	34,14
• Minsa Provincias	74	7,80
• Essalud Lima	225	23,71
• Essalud Provincias	111	11,70
• PNP	78	8,22
• FAP	43	4,53
• Naval	43	4,53
• Ejército	4	24,43
• Otros	9	0,95
Total	949	100,00

Tabla 4. Sedes por Institución de Salud

Sedes	Nº	%
• Minsa Lima	22	39,29
• Minsa Provincias	11	19,64
• Essalud Lima	14	25,00
• PNP	1	1,79
• FAP	1	1,79
• Naval	1	1,79
• Ejército	1	1,79
• Otros	5	8,93
Total	56	100,00

De los 199 evaluados, sólo 73 (36,68%), fueron acreditados 42 (21,11%) fueron acreditados temporalmente por un año, y 84 (42,21%) no acreditaron (Tabla 6).

Los Expedientes en aproximadamente el 40% llegan a Conareme incompletos, son devueltos y regresan igual. Los informes no permiten expresar los resultados en porcentajes, sin embargo estos son los estándares con mayor dificultad para ser cumplidos.

La Acreditación de Hospitales fue suspendida, CAFME continua al igual que la de Segunda Especialización, en espera de las normas que se emitan como reglamentación de la Ley N° 28740, Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.⁽³⁴⁻³⁷⁾

APRECIACIÓN DE LOS PRINCIPALES ACTORES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

Se entrevistó a siete Directores de Residentado Médico con el objetivo de identificar la apreciación de los principales actores participantes en el proceso de Acreditación de Programas de Segunda Especialización, obteniendo los siguientes resultados:

Contexto del sistema de acreditación del residentado médico

Uno de los principales elementos del contexto fue la existencia de un consenso sobre la necesidad de implementar mecanismos que ayuden a mejorar la calidad de los Programas de Segunda Especialización, en momentos que varias Facultades de Medicina aprobaban nuevos programas.

“El proceso de acreditación se inició hace cinco años, fue por consenso y cuando se preveía incremento de programas” (Informante 4).

Tabla 5. Estado actual de la Acreditación Programas de Residentado Médico

Estado actual	N	%
• Programas Autorizados (sin evaluación)	834	87,88
• Programas Acreditados total o parcialmente	115	12,12
Total programas residentado	949	100,00
• Programas evaluados (% con relación al total)	199	20,97
• Programas no Acreditados	84	8,85
• Programas Acreditados total o parcialmente	115	12,12

Tabla 6. Resultados de la Acreditación Programas de Residentado Médico

Estado actual acreditación	N	%
• Programas acreditados	73	36,68
• Programas acreditados temporalmente (1 año)	42	21,11
• Programas No acreditados	84	42,21
Total programas evaluados	199	100,00

Capacidades de Conareme para la acreditación de programas de residentado médico

Un primer aspecto fue el relacionado a la competencia legal que tiene Conareme para el desarrollo del proceso.

“Desde el punto de vista de la competencia la ley se la otorga” (Informante 1)

“La ley le otorga esa responsabilidad a Conareme” (Informante 5)

Se destacaron las competencias técnicas, referidas a los métodos, estándares e instrumentos de acreditación, dispone de fondos, provenientes de programas acreditables y también los profesionales competentes para ejercer la función de verificadores.

“Tiene las competencias técnicas, la capacidad económica y profesionales expertos” (Informante 1)

“Lleva cinco años acreditando, aprendió y muchos de sus miembros tienen las competencias técnicas” (Informante 2)

“Ha creado un equipo de evaluadores con competencias técnicas y existe un fondo para ello” (Informante 5)

Fortalezas del proceso de acreditación de residentado médico

Una primera fortaleza reconocida está en relación al reconocimiento de la necesidad de acreditar por parte de las instituciones académicas responsables.

“Aceptación y reconocimiento de su necesidad por las sedes y las Facultades” (Informantes 1, 2 y 5)

“Creo que la mayor fortaleza fue la aprobación de todos y su aceptación unánime” (Informante 7)

Otra fortaleza reconocida fue la decisión política de llevar a cabo un proceso, por su naturaleza, conflictivo.

“Fue una decisión de todos sus miembros (de Conareme) y lo sigue siendo” (Informantes 2 y 5)

“Las Universidades más difíciles lo propusieron” (Informante 6)

Se consideró también como fortaleza la ventaja que obtienen los egresados de una especialidad acreditada para emigrar o competir con especialistas formados en el extranjero.

“Necesidad de acreditación para migrar” (Informante 1)

“Es una necesidad para competir con los extranjeros” (Informante 2).

Tabla 7. Número de programas y de vacantes por especialidad

Especialidades	Progr	Vac	Especialidades	Progr	Vac	Especialidades	Progr	Vac
• Administración de salud	1	6	• Enfermedades infecciosas y tropicales	8	13	• Neumología	22	29
• Adolescentología	1	1	• GO de la niña y la adolescente	1	3	• Neumología pediátrica	1	2
• Anatomía patológica	21	23	• Gastroenterología pediátrica	3	4	• Neurocirugía	18	23
• Anestesiología	55	105	• Gastroenterología	31	42	• Neurocirugía pediátrica	1	1
• Anestesiología cardiovascular	1	2	• Genética	2	3	• Neurología	24	37
• Anestesiología obstétrica	1	3	• Geriátrica	13	21	• Neurología pediátrica	1	1
• Cardiología	31	45	• Ginecoobstetricia	54	122	• Oftalmología	34	53
• Cardiología pediátrica	2	2	• Hematología clínica	9	12	• Oftalmología oncológica	1	1
• Cirugía de cabeza y cuello	5	6	• Infectología pediátrica	1	1	• Oncología médica	9	12
• Cirugía de tórax y cardiovascular	12	15	• Inmunología y alergia	3	3	• Oncología pediátrica	1	2
• Cirugía de mano	1	1	• Inmunología y reumatología	2	3	• Ortopedia y traumatología	37	56
• Cirugía general	56	98	• Med. Física y rehabilitación	16	27	• Otorrinolaringología	28	31
• Cirugía oncológica ginecológica	1	2	• Medicina de emergencias y desastres	15	36	• Patología clínica	30	40
• Cirugía oncológica senos y huesos	1	2	• Medicina del deporte	1	2	• Patología oncológica	1	2
• Cirugía oncológica	2	6	• Medicina integral y gestión en salud	3	16	• Pediatría	55	124
• Cirugía oncológica abdominal	1	2	• Medicina intensiva	32	45	• Pediatría de emergencia y desastres	1	1
• Cirugía oncológica cabeza y cuello	1	2	• Medicina intensiva pediátrica	2	2	• Psiquiatría	20	47
• Cirugía pediátrica	10	19	• Medicina interna	53	122	• Psiquiatría de las adicciones	1	1
• Cirugía plástica	19	24	• Medicina legal	1	2	• Psiquiatría del niño y adolescente	4	7
• Cuidados intensivos pediátrica	1	2	• Medicina nuclear	3	4	• Radiología	35	53
• Emergencia pediátrica	1	1	• Med. ocupacional y del medio ambiente	1	8	• Radioterapia	3	4
• Dermatología	20	25	• Medicina familiar y comunitaria	15	66	• Reumatología	13	16
• Dermatología pediátrica	1	1	• Nefrología	20	28	• Urología	21	24
• Endocrinología	18	24	• Nefrología pediátrica	3	3	• Urología oncológica	1	1
• Endocrinología pediátrica	2	3	• Neonatología	18	28	• Urología pediátrica	1	1
• Infectología	2	3						

Tabla 8. Grupo de estándares con mayor dificultad de cumplimiento

- Organización académica
 - Sin oficina, teléfono, fax, Internet y otros.
 - Ausencia de currículo, Plan de estudios, silabo y normas de evaluación.
- Docentes
 - Falta de docentes ordinarios y contratados en la sede.
 - Sin coordinador.
 - Sin tutor.
- Sede
 - Ausencia de consentimiento en la sede.
 - Falta de convenio vigente.
 - Presencia de otras universidades.
 - Estadísticas deficientes.
 - Falta de ambientes adecuados.
- Proceso de acreditación
 - Al acudir a la visita, ésta no se pudo realizar por no haber coordinación entre la universidad y el hospital.
- Expedientes
 - Incompletos, falta de diversos documentos

Tabla 9. Cuadro comparativo entre las acreditaciones de hospitales y clínicas, facultades o escuelas de Medicina y Programas de Segunda Especialización, Residentado Médico.

- Acreditación Hospitalaria
 - RM 511-96-SA/DM
Manual de Acreditación de Hospitales.
 - Acreditados
 - Hospitales Nivel IV Hospital de la FAP Único acreditado
 - Como Clínicas: Ricardo Palma y San Pablo
 - Hospitales Nivel III Toquepala, Ilo y Cujone
- CAFME
 - Ley N° 27154
Reglamento DS N° 005-2000-SA
 - Acreditados
 - 26 facultades de las 28 existentes pasaron la Acreditación
 - Casi todas las facultades requirieron plazos de adecuación.
 - Se crearon filiales sin pasar por CAFME
- Acreditación Residentado
 - DS 008-88-SA
Acuerdo 198 y 166 del 2004 de Conareme
 - Acreditados
 - De 199 Acreditaron o fueron Autorizados 115
 - No se Acreditó ningún programa antiguo, 'Autorizado'
 - De 199 evaluados 84 no Acreditaron.

Debilidades del proceso de acreditación de residentado médico

Se identificaron debilidades relacionadas con dos componentes del proceso de acreditación, así tenemos las relacionadas con aspectos técnicos (estándares), aspectos administrativos (procedimientos, documentación y costos).

En cuanto a los aspectos técnicos se identificaron como debilidades los estándares institucionales de difícil cumplimiento:

“Estándares institucionales complicados, difíciles de cumplir” (Informante 1).

Mientras que los estándares de formación se consideran incompletos.

“Estándares de formación incompletos, deben ser revisados” (Informante 1)

“Los estándares de formación deben ser revisados por incompletos. Los estándares de formación deben ser cambiados” (Informante 2).

“Los Estándares en general deben ser reevaluados, están desfasados, son muchos y no inciden en los más importantes” (Informante 6).

En cuanto al componente administrativo se identificaron como debilidades: los excesivos procedimientos.

“Exceso de requisitos, cantidades de procedimientos excesivos en muchos casos” (Informante 1)

Adicionalmente, mucha documentación requerida y altos costos para las Universidades:

“Exceso y repetición de documentos a presentar por cada programa. Costos elevados del proceso” (Informante 1)

“Excesivos documentos no importantes” (Informante 3)

“Muchos documentos, demasiadas copias innecesarias. Sale caro” (Informante 5)

También se menciona como debilidad la dificultad para elaborar los informes:

“La cantidad de documentos presentados no permitió revisarlos todos. Dificultad en la elaboración del informe” (Informante 8).

Finalmente se destaca como debilidad los problemas de comunicación entre docencia y servicios:

“No hay una comunicación directa entre universidades y hospitales. En algunos casos son los Directores los que mueven (a los residentes) sin conocimiento de los jefes de servicios o departamentos (Informante 8)

Apreciación general del proceso de acreditación de residentado médico

Existe entre los Directores entrevistados una apreciación general favorable sobre el proceso de acreditación de programas de segunda especialización, aunque reconocen algunas dificultades como el poco tiempo disponible, cierta dificultad de aplicación y los costos para las Universidades:

“En general se desarrolla bien, los tiempos son cortos, costoso y difícil” (Informante 1)

“Es bueno en algunos casos demasiado exigente, pero en general está bien” (Informante 2).

“En general está bien llevado, existen algunas deficiencias todavía como los tiempos en que se desarrolla, generalmente diciembre y enero” (Informante 5)

Perspectivas de trabajo y necesidades del proceso de acreditación de residentado médico

En general, se reconoce lo beneficioso del proceso:

“La acreditación de todo el sistema favorece a las universidades, sedes docentes y a los médicos residentes” (Informante 8)

En concreto, se reconoce el beneficio para los residentes:

“Creo que los egresados del sistema acreditado tiene mayor posibilidad de obtener trabajo aquí y fuera del país por lo tanto es muy necesaria la acreditación” (Informante 1)

“Para los egresados es muy bueno. Para el sistema lo regula y propende a su mejoría” (Informante 5)

“Los programas acreditados favorecen la inserción del egresado en el país y en el extranjero” (Informante 7).

Recomendaciones para mejorar el proceso de acreditación de residentado médico

Una primera recomendación estuvo relacionada con los tiempos en que debe ejecutarse la verificación de los estándares de acreditación (generalmente enero y febrero):

“Buen desarrollo, la ejecución debe cambiar de fechas” (Informante 6)

Una segunda recomendación estuvo relacionada con la acreditación

“Se debe acreditar los programas antiguos” (Informante 6).

“Si no acreditamos los programas antiguos, (autorizados) no habremos avanzado. Muchos de los autorizados son malos deben desaparecer” (8).

Una última recomendación estuvo relacionada con la necesaria continuidad del proceso:

“Debemos seguir trabajando en la acreditación, favorece a los hospitales, a los docentes y compromete a las universidades” (Informante 6).

PROPUESTA DE CAMBIOS A LAS NORMAS, PROCESOS Y ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA

La Acreditación pasa por la decisión de las autoridades universitarias, autoridades de la Facultad, que desean ingresar en un proceso de Mejora Continua de la Calidad. Para ello, acuden a la instancia o entidad Acreditadora, quien le brindará la información, documentación, modelos y los estándares contra los que realizar la Autoevaluación y los informes respectivos, de acuerdo a la metodología usada por dicha institución. En nuestro caso, Conareme. La Facultad realizará su proceso, emitirá el informe y lo acompañará de la documentación sustentatoria respectiva.

Las autoridades de la Facultad, mediante la *unidad técnica respectiva*, dan inicio al proceso de Autoevaluación y de Autorregulación, concluido el cual emitirán un informe.

1. Creación de una unidad técnica en cada facultad para la Autoevaluación del residentado.
2. Realización de un proceso de Autoevaluación según un formato pre establecido, de acuerdo a estándares y variables indispensables.
3. Realización de un informe con los resultados de la Autoevaluación con formato preestablecido.

4. Preparación de los proyectos de mejora en los aspectos deficitarios.
5. Solicitud de Acreditación acompañada del informe y de los proyectos de mejora.
La entidad acreditadora revisa el informe, de considerarlo completo forma y le da el encargo a la Comisión de Pares Externo, de no ser así, solicita mayor información.
Secretaría de Conareme no recibirá expedientes que no tengan la documentación y pagos requeridos.
6. Revisión de lo enviado, solicitud de nuevos datos y documentos de ser necesarios.
7. Formación de Comisión de Pares Externos.
8. Visita de pares
9. Informe de los pares externos
10. Informe final: Acredita / No Acredita; aspectos a mejorar o modificar, visitas de control.

Propuesta de cambios a las Normas y Procedimientos

- Conareme debe Acreditar durante todo el año, no en los últimos meses del año.
- Conareme no debe crear nuevas plazas ni nuevos programas hasta haber realizado la acreditación de todos los programas de una especialidad en todas las universidades y sedes. Deberá Acreditar el Sistema por especialidades en universidades y sedes.
- El programa de cada especialidad en cada universidad debe ser único, realizado en diferentes sedes.
- Un Programa no acreditado no podrá tener admisión en el siguiente proceso.
- La solicitud de ampliación de plazas o de nuevos programas se ejecutarán solo hasta agosto, para que puedan abrirse plazas en el proceso de admisión del siguiente año. La Acreditación será solo hasta noviembre.
- El informe de Autoevaluación deberá plantear planes de mejora de la calidad, factibles, en aquellos puntos que consideren necesarios por presentar debilidades.
- Conareme deberá contar con equipos de pares capacitados, formados y con experiencia. Con Ética. Haber pertenecido a Conareme no da derecho a realizar acciones de pares externos.

Propuesta de cambios a los Estándares de Formación

- Diferenciar las competencias a cumplir del número de procedimientos a realizar.
- Establecer la evaluación del residente por competencias.
- Establecer un formato de currículo, de plan de estudios y de sílabo para los programas y las rotaciones que será de uso obligatorio.
- El aspecto más importante como lo vimos en la literatura es el perfil de egreso, actualmente no existe o es deficitario. En el currículo debe haber un perfil de egreso.

Propuesta de cambios a los Estándares Institucionales

Para simplificar los estándares y que sean mejor comprendidos y aplicados deberían referirse a cuatro grandes rubros, ya que las facultades están acreditadas para el pre grado y en ese proceso se evalúan una serie de aspectos relacionados a la organización, ges-

tión, infraestructura. Queda por evaluar lo concerniente estrictamente a la especialización, residentado médico.

- Facultad
 - Organización de la Unidad de Postgrado.
 - Organización Académica del residentado.
 - Desarrollo de las actividades académicas del residentado.
 - Plana Docente.
 - Proceso de Enseñanza-Aprendizaje.
 - Organización e infraestructura administrativa universitaria.
- Sede
 - Comité Hospitalario de Residentado Médico.
 - Recursos de información en salud.
 - Plana Docente.
 - Campo Clínico.
- Conareme
 - Requisitos de la Universidad
- Residentes
 - Prevención de Riesgos de Salud y bienestar estudiantil.
 - Cumplimiento de sus funciones docente-asistenciales y de investigación.

DE LOS ESTÁNDARES INSTITUCIONALES

- Eliminar aquellos estándares cuya información la tiene Aspefam, Conareme o puede ser recabada directamente o tener guardada en Conareme. Creación de la Unidad de Acreditación de Conareme.
- De acuerdo a los programas de las facultades y a los estándares mínimos de formación, la base principal de los estándares debe estar dada por:
 - Los docentes: Ordinarios, número dedicación y características.
 - Las estadísticas hospitalarias: diferenciadas por patologías, ingresos, altas y bajas. Emergencias, consulta externa, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, procedimientos e interconsultas.
 - **Las camas: número total**, N° de camas mínimas por residente.
 - Recursos de apoyo al diagnóstico: Los recursos de apoyo al diagnóstico completos, los necesarios y los de punta.
 - Rotaciones fuera de la sede que también deben ser evaluadas.
 - Habrán necesariamente rotaciones electivas.
 - Rotación por zonas de menor desarrollo, según la norma, coordinada y supervisada por la universidad
 - Biblioteca física y virtual según necesidades.
- Habrán estándares obligatorios el 'debe' y opcionales el 'debería'.
- De acuerdo a la existencia del 'debe' y 'debería' anterior, la acreditación será de cinco (5) para los que cumplen con los estándares 'debe', y de siete (7) años, para los que cumplen además, con los estándares del 'debería'.

Propuesta de cambios a los formatos a ser llenados

- a. Los formatos a ser llenados por las universidades y por los miembros de las comisiones deben ser claros y concisos, no pueden llevar a confusión. No se debe solicitar información duplicada o repetida

Tiempos, plazos, equipos

- La Acreditación debe iniciarse inmediatamente modificados los estándares de formación e institucionales.
- Debe realizarse durante todo el año, según el momento de la solicitud procederá o no la admisión en el año siguiente, las vacantes serán aprobadas, según el resultado del proceso.
- De ninguna manera un programa no acreditado tendrá ingreso en el proceso siguiente, las condiciones y el plazo de mejora deben ser cumplidos.
- Conareme debe contar con equipos experimentados, profesionales demostradamente éticos, que trabajen durante todo el año en estos procesos. El haber sido representante de alguna institución al Conareme no da experiencia ni capacidad.

Instrumentos: encuestas, cuadernillo de registro de actividades, hojas de cotejo, modelos de programa (currículo - plan de estudios, Silabo)

La metodología del proceso una vez solicitada la acreditación debe incluir:

- Revisión exhaustiva del informe y documentación, con solicitud de ampliación de información y documentación.
- Entrevistas a los docentes, residentes y profesionales del hospital y de la universidad.
- Deben existir modelos de programas, currículos, silabo, plan de estudios, hojas de evaluación y de cotejo. Todos estos instrumentos como referentes cuyos contenidos sean obligatorios con la libertad de modelos propios mejores y más completos.

DISCUSIÓN

Desde 1910 año en que se dio inicio a las evaluaciones y exigencia de ciertos requisitos para realizar la especialización y ejercerla en Estados Unidos⁽¹³⁾, hasta aproximadamente 1963, que en el Perú se habla de requisitos de las sedes docentes⁽²⁾, pasaron muchos años. Sin embargo, más importantes fueron los años desperdiciados desde ese 1963 y porque no decirlo, para ser más benévolo, desde 1994⁽²⁰⁾, en que Conareme constituye la primera comisión encargada de proponer normas, estándares y procedimientos para la evaluación y acreditación de sedes docentes.

Recién, en el año 2000, Conareme reinicia la incorporación de Facultades nuevas a su seno, previa Acreditación de los programas presentados y la Acreditación de sedes hospitalarias en las Regiones⁽¹⁶⁾. Ese mismo año, se crea la Comisión de Estándares Mínimos, los primeros estándares mínimos aprobados lo fueron en el 2002. En Chile, dan inicio a este proceso por los años 1979⁽²⁵⁾.

Existió un desfase y lentitud en el inicio de las Acreditaciones de especialidades médicas con relación a otros países de América del Sur. No podemos compararnos con EE UU. Existen muchas causas que pueden justificar y disminuir la responsabilidad colectiva e individual que pueda esgrimirse.

En el ámbito institucional, la falta de continuidad de los representantes, principalmente de EsSalud, de las Fuerzas Armadas y PNP, luego de las Universidades. Otro aspecto importante es la rotación de algunos representantes que hoy lo son de una institución y mañana de otra, de un prestador y luego de una universidad, generalmente de provincias, este aspecto daña al conjunto, pues pocas

representaciones pueden mantener una posición firme, ya que en muchos casos, las posiciones de diferentes miembros de una misma institución son contrapuestas.

Iniciado el proceso en el 2000⁽¹⁶⁾, dividiremos estos seis años en tres períodos:

- Evaluación y Acreditación de sedes docentes exclusivamente. Para este proceso se utilizó un manual modificado del utilizado para Acreditar hospitales.
- Evaluación y Acreditación de sedes y creación de Estándares Mínimos de Formación⁽¹⁵⁾. Período en el que sobre la base de los Estándares Mínimos de Formación y el proyecto de Estándares Mínimos Institucionales se Acredito programas y
- Evaluación y Acreditación de Programas con:^(14,15,17)
 - Normas y Procedimientos,
 - Estándares Mínimos de Formación, y
 - Estándares Institucionales e Instrumentos para el proceso.

Los Estándares Mínimos de Formación fueron aprobados en el 2002, y las Normas y procedimientos y los Estándares Institucionales en el 2004; sin embargo, se utilizaron desde el 2003, razón por la cual utilizamos los datos entre el 2003 y 2005.

Otro aspecto importante y que se debe remarcar, es que las Acreditaciones de sedes del 2000 y 2001, que fueron de los hospitales de Puno, Juliaca, Huacho, Piura y Chimbote, como solo se Evaluó y Acreditó la sede y no el Programa, (Universidad - hospital), con todo lo que hemos descrito anteriormente, estas sedes han tenido que ser desactivadas hasta que las facultades de la respectiva Región soliciten la Acreditación de los Programas. Las facultades de Lima iniciaron programas en estas sedes, sin tener en cuenta las dificultades que tendrían de poder supervisar, evaluar, contar con docentes y coordinar a larga distancia. Conareme tuvo que aprovechar la filosofía de la regionalización para, mediante la RS 002-2006-SA⁽²⁵⁾, establecer, que las facultades solo pueden conducir Programas de Especialización en la Región en la cual está la ubicación de su sede principal. La experiencia desde el 2000 hasta el 2006 de los programas nuevos de las regiones, con patrocinio de las Universidades de Lima, fue nefasta, los programas caminaban solos, los residentes rotaban la mayor parte del tiempo en Lima, las quejas de los residentes de Lima, que habiendo postulado a la misma universidad, obtenido mejor puntaje y escogido sede, no pudieron escoger la mejor, en contra de los residentes de esas regiones, que llegaron a ellas por sus puntajes bajos, rotaban en las mejores sedes de Lima.

Actualmente, el Sistema cuenta con diez facultades y 949 programas, cuatro facultades en Lima con 790 programas, dos facultades en Arequipa con 69 programas, una facultad en Trujillo con 37 programas, una facultad en Chiclayo con 18 programas, una facultad en Ica con 15 programas y una facultad en Cuzco con 19 programas.

En los años que nos ocupa, se han evaluado 199 programas de los cuales 115 acreditados o autorizados lo son de un total de 949, el 12,11%. De los 199, 73 Acreditados 36,68%; 42 Autorizados 2,1%; (Acreditados con reparos) y 84 no se Acreditaron 42,21%. Cabe mencionar, que los Autorizados nunca más fueron visitados para verificar el cumplimiento de las objeciones señaladas. Por esta razón, no debe Autorizarse ningún Programa nuevo que no cumpla con los estándares establecidos. La Acreditación fue por cinco años.

Han dejado de ser sedes, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, las clínicas, las cuales no entendieron la filosofía

del proceso, perdiéndose la oportunidad de utilizar una infraestructura, equipamiento con tecnología de punta y profesionales altamente especializados y de calidad, que no trabajan en hospitales. Será difícil conseguir la Acreditación de alguna clínica por algunos años.

En este momento vale la pena establecer algunos puntos claros: a. hemos acreditado algunos programas en forma apresurada y esto ha motivado que existan grandes deficiencias y el cierre de ellos; b. No hemos acreditado los programas *autorizados* existentes desde hace muchos años, desde el 1976 hasta el 2002, entre los cuales existen programas malos, regulares y buenos; programas que deben desaparecer otros mejorar y algunos mantenerse en el alto nivel que tienen. c. De las entrevistas con representantes al Conareme, se desprende que las instituciones a las que representan apoyan el proceso y consideran que existen las normas, los estándares y las condiciones para continuarlos y se mencionan algunas debilidades que hay que subsanar para emprender la tarea de Evaluación y Acreditación de los 834 programas Autorizados. La opinión de los encuestados convertida a meta es modificar la norma, simplificándola para mejorar los procesos, adecuar los estándares tanto de formación como los institucionales y capacitar pares evaluadores en número adecuado para poder llevar a buen término los procesos de Autoevaluación y Acreditación en un marco ético y de justicia.

Un elemento que no fue trabajado en el proceso de Acreditación fue el Currículo y su Plan de Estudios, las facultades al presentar sus expedientes presentaban copias de los estándares Mínimos de Formación o adaptaciones propias, mas no un Currículo y los que presentaban Planes de Estudio, estos eran muy rudimentarios, al revisar la literatura se observa que el Currículo es la base y el Plan de Estudios el elemento para aplicarlo. (19).

Los elementos constitutivos de éste son el Perfil profesional de egreso, a partir del cual se elabora, los docentes, las competencias a adquirir y la sede o sedes donde se desarrolla. Por este motivo el proceso y las normas, Estándares de Formación e Institucionales deben girar basándose en ellos.

Planteamos algunos requisitos para las sedes según lo establecido por Conareme y propuesto en Chile⁽²¹⁾. Elemento básico el Convenio, hoy no es un estándar institucional, los pacientes y sus patologías, las camas y otros, sobre todo, solo una facultad en un servicio.

En Estados Unidos de América, para la Acreditación son importantes: la patología con que cuenta el hospital, la calidad de los profesionales, los docentes, la existencia de biblioteca y se toma muy en cuenta la opinión de los residentes y de los docentes a través de encuestas y de grupos focales. Los hospitales deben ser Acreditados^(32,33).

Comentario aparte merece el que Conareme, en el 2006, aprobó los estándares o requisitos para que las facultades que no tienen asiento en él, puedan ingresar y tenerlo⁽³¹⁾.

Son principalmente tres los aspectos básicos a tomar en cuenta: Ninguna facultad debe iniciar su participación en el residentado si no tiene un servicio especializado, con docentes ordinarios idóneos, servicios exclusivos para ella (carga horaria de TP 10 o TP 20, medio tiempo), tres aspectos unidos, servicio asistencial, docentes y exclusividad. A pesar que esta norma está en proceso de revisión por Aspefam a pedido de Conareme, creemos que ninguno de los aspectos mencionados debe ser modificado. Otro aspecto es el tiempo o número de promociones de pregrado, las facultades deben evaluar a sus productos, mediante los resultados del examen del ENAM, inserción en el mer-

cado laboral, resultado del ingreso al residentado médico dentro y fuera del país. Para obtener conclusiones válidas es necesario evaluar el desempeño de cinco promociones. Después de ello, recién deben emprender el proceso de formar de especialista. Algunas facultades que no tienen asiento en Conareme cuestionan esta norma, aduciendo que no es necesaria esta experiencia para formar especialistas.

CONCLUSIONES

1. Conareme, a pesar de la existencia de normatividad con relación a Evaluación y Acreditación, ha demorado 27 años para iniciar los procesos.
2. El Proceso de Acreditación de Programas, llevado a cabo desde el 2003 hasta la actualidad, ha sido efectivo al eliminar la posibilidad de creación de nuevos programas sin autorización y acreditación.
3. El proceso de Acreditación es lento y tedioso por lo complicado de los estándares, instrumentos y documentos solicitados.
4. En estos tres años solo se acreditó programas 'autorizados' cuando se solicitaba ampliación de vacantes (campo clínico). Los programas 'autorizados' constituyen 87,88 % del total de programas existentes.
5. Denominar 'programa' a la especialidad desarrollada en una sede incrementa el esfuerzo, las dificultades y los costos de las Acreditaciones.
6. Conareme no estableció la viabilidad del Proceso de Acreditación de los programas 'autorizados' al no crear un fondo para tal fin, ni formar cuadros de acreditadores, ni tener un cronograma para tal fin, ni establecer la Acreditación como exigencia para el otorgamiento de vacantes.
7. El Proceso de Acreditación de todos los Programas de Especialización Médica vigentes a la fecha representaría cerca de S/. 1 500 000 nuevos soles. (\$ 439 200 dólares americanos).

RECOMENDACIONES

1. Revisión del Manual de Normas y Procedimientos y Elaboración de uno nuevo menos engorroso y complicado.
2. Revisión inmediata de los Estándares de Formación y elaboración de nuevos estándares antes de cualquier nueva acreditación.
3. Revisión de los Estándares Institucionales y elaboración de nuevos estándares, simplificándolos y agrupándolos de diferente manera.
4. Modificar la estructura y nomenclatura de los programas de tal modo que solo haya un programa por especialidad y por universidad, desarrollado en diversas sedes, con movilización de los residentes entre ellas.
5. Suspender temporalmente la Acreditación tendiente a incrementar las vacantes en los programas "autorizados" y Acreditados, hasta que Conareme pueda Acreditar todos los programas "autorizados" existentes.
6. Suspender temporalmente la Acreditación tendiente a la creación de nuevos programas de especialidades en las que existen programas funcionando.

7. Conareme deberá crear o buscar el financiamiento para desarrollar el proceso.
8. Conareme deberá buscar la construcción de la viabilidad del proceso. (Planeamiento, organización, control y evaluación).
9. El sistema deberá contar con metas concretas y reales para la aplicación del proceso de Acreditación.
10. Las Universidades deben entrar en un proceso de Autoevaluación y Autorregulación hasta que se inicie el proceso de Acreditación a fin de poder crear mecanismos que ofrezcan la "garantía social" de una especialidad adecuadamente desarrollada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEN. Memorias Bodas de Oro de la Reorganización del INEN 1952-2002 y Creación del Residentado Médico. Lima, 2003.
2. Resolución Ministerial N° 90-63-DGS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mayo 1963.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: 2005.
4. Miyahira JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Rev Med Herediana 2001; 12:75-7.
5. Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) Calidad y Evaluación. Taller de Coordinadores de Autoevaluación; 2005.
6. Las Heras J, Rosselot E. Calidad en Medicina. Cidafam; 2004.
7. Diaz S. Residentado Médico. En: Ponencia presentada en el Seminario Internacional 25° Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico. Lima- Perú; 2001.
8. Decreto Supremo N° 14/66-DGS. Presidencia de la República. Enero; 1966.
9. Decreto Supremo N° 0055-71-SA. Presidencia de la República Abril; 1971.
10. Resolución N° 680-71-Conup. Consejo Nacional de la Universidad Peruana. Octubre; 1971.
11. Resolución N° 1226-73-Conup. Consejo Nacional de la Universidad Peruana. Lima; 1973.
12. Decreto Supremo N° 00659-76-SA. Presidencia de la República. Septiembre; 1976.
13. Decreto Supremo N° 036-86-SA. Presidencia de la República. Noviembre; 1986.
14. Decreto Supremo N° 008-88-SA Presidencia de la República. Febrero; 1988.
15. Boletín de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Vol. II (2), 30 de octubre 1965. Arequipa, Perú.
16. Acuerdo N° 002-94. Conareme. Lima. Febrero; 1994.
17. Brunner ML, A problem-oriented assessment of continuing education needs of allied health department heads. Mobius (USA) 1987; 7(1):28-35.
18. Acuerdo N° 184-2004. Normas y Procedimientos. Conareme. Lima; 2004.
19. Nolla N, Los planes de estudio y programas de las especialidades médicas. Rev Cubana Educ Med Super (Cuba) 2001;15(2):147-158.
20. Nogales-Gaete J, Godoy J, Eurolo J. Propuesta de criterios mínimos para la acreditación de programas y centros para la formación de especialistas en neurología, regulados por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech). Rev Chil Neuro-Psiquiatría (Chile) 2003. 41 (3): 213-218.
21. Acuerdo N° 129-2000. Conareme. Lima; 2000.
22. Acuerdo N° 198-2004. Conareme. Lima; 2004.
23. Acuerdo N° 166-2004. Conareme. Lima; 2004.
24. Dispositivos Legales Acreditación: Ley de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina. Ley, Reglamento, Estándares Mínimos de Acreditación y Manual de Procedimientos. CAFME. Lima. Enero; 2002.
25. Acuerdo N° 017-96. Conareme. Lima; 1996.
26. Sinareme. Plan Estratégico Residentado Médico. En: Seminario de Plan Estratégico. Lima; 1999.
27. Resolución Suprema N° 005-87-SA. Presidencia de la República. Lima; 1987.
28. Conareme. Resúmenes Seminario Nacional Acreditación de Programas y Sedes Docentes. Lima; 2000.
29. Revista. Médica (Chile) 1992;120:188-196.
30. Resolución Suprema N° 002-2006-SA. Presidencia de la República. Lima; 2006.
31. Acuerdo N° 011-2006. Conareme. Lima; 2006.
32. Common program requirements, <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>.
33. Internal Medicine Menu, http://www.acgme.org/acWebsite/navPages/nav_140.asp
34. Resolución Ministerial N° 511-96-SA/DM Manual de Acreditación de Hospitales.
35. Ley N° 27154, Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina.
36. Decreto Supremo N° 005-2000-SA, aprueba los Estándares Mínimos.
37. Ley N° 28740, Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.
38. Solídor, A. Instituto Eduardo Cáceres Graziani, Diagnóstico 2000;39(3):166-7.

Correspondencia a: Dr. Eduardo Paredes Bodegas
e-mail: eparedesupch.edu.pe