

# **El residentado de Medicina en el Perú y en el Extranjero**

## **Peruvian and foreign residency training programs in Medicine**

**SUBAUSTE Carlos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Profesor Principal de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Consultor en Medicina Interna del Hospital Arzobispo Loayza.

Es indudable que no deja de causarnos una cierta admiración cuando tratamos de hacer una comparación entre el estado actual de la medicina, con sus tremendos avances, y con lo que sucedía décadas atrás cuando el médico sólo contaba con medios bastantes limitados. Pero no hay duda, también, que pese a lo dicho aún ahora asistimos a una serie de discrepancias y estados verdaderamente conflictivos. Esto no solo específico e inherente a la realidad peruana dado que, aunque con otros matices, también se presentan en otros países. Dentro de este extenso universo quiero hacer algunos comentarios sobre la problemática del residentado médico.

Aceptando que la creación del residentado médico indudablemente ha sido beneficiosa, sin embargo han venido apareciendo una serie de deficiencias que deberán corregirse en los próximos años. Casi específicamente me voy a referir a la problemática del residentado médico en el Perú y en el extranjero, o poniéndolo más explícitamente, el residentado médico en el Perú y en los Estados Unidos, temas que nos interesa y preocupa como peruanos y educadores. Se trata del significado de la salida de un grupo importante de nuestros jóvenes médicos hacia el país del norte. En mi opinión, creo que es oportuno tocar aquí, aunque sea de pasada, el estado actual de la medicina, el papel que están jugando las escuelas médicas como modeladoras y formadoras de médicos, lo que constituye un marco referencial para hacer algunos planteamientos.

Si en un intento de abstracción damos una mirada panorámica a nuestra medicina incluyendo aquí a la docencia médica, veremos que ha existido años atrás una etapa que he dado en llamar "la etapa macroscópica" donde destacaban los grandes síntomas y signos de los pacientes y la capacidad del médico para examinar, discernir y plantear diagnósticos y manejos. Ha sido la época en que florecieron los grandes clínicos. Se contaba con la ayuda de la radiología y de una bioquímica casi rudimentaria.

Recogíamos lo casi puramente "externo", lo visible, lo medible con nuestros sentidos y con nuestras reflexiones. ¿Es esto siempre el fiel reflejo del TODO, de la enfermedad de fondo y del real estado de haber enfermedad sin ningún hallazgo externo medible por el médico y, lo que puede ser más serio, sin sintomatología alguna en el paciente. Para corregir estas deficiencias progresivamente nos hemos ido "interiorizando", tratando de medir la parte no visible. Esto necesariamente ha cambiado cuadros nosográficos e historias naturales de algunas enfermedades. Los radioisótopos y la inmunología abren nuevos rumbos en el diagnóstico y en el entendimiento de ciertas manifestaciones de los enfermos. La ultrasonografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nos permite confirmar o descartar algunos hallazgos del

examen físico o detectar anormalidades a veces ni sospechadas por el médico tratante. El clínico casi pasa a un segundo plano: comienza a entronizarse la tecnología en la medicina. Esto condiciona que la unidad de mando se vaya diluyendo, las delimitaciones de las diferentes áreas se van tornando borrosas y se asiste a un caos en el manejo de los pacientes (1): el radiólogo invade los campos del cirujano, tomando muestras de tejidos y drenando abscesos; el gastroenterólogo efectúa ciertas operaciones y hasta efectúa algunas derivaciones. Hay una carrera por obtener aparatos y equipos de alta ingeniería que más o menos rápidamente se van tornando obsoletos.

Los costos se incrementan en forma considerable ante la propuesta general. La docencia médica se acopla a estos cambios y los estudiantes y residentes, por ejemplo, se sienten atraídos por las unidades de cuidados intensivos donde los pacientes permanecen con tubos, aparatos médicos y computadoras. La docencia médica se va distorsionando; así la consulta ambulatoria que debe representar el 25% del entrenamiento del residente es dejada de lado, dándosele una interpretación errónea al real sentido y orientación de la medicina asistencial (2).

Dentro de este paulatino avance hacia el "interior" que nunca termina llegamos al estudio morfológico y funcional de la célula entrando de lleno en lo que llamo la etapa "microscópica" de la medicina: anticuerpos, receptores, cromosomas, etc.

Esta etapa está claramente dominada por la biología celular, la genética molecular la inmunología y la neurobiología (1). Todas estas innovaciones se han dejado sentir en la enseñanza de la medicina surgiendo dudas desfases, marchas y contramarchas en los programas y en las formas de enseñar esta nueva medicina incorporando estos rápidos avances a los que no nos hemos adaptado bien. En mi opinión, mejor nos hemos integrado en la práctica asistencial y en la docencia universitaria a estos nuevos estudios por imágenes que han revolucionado la medicina que a esta medicina molecular, por ejemplo, que al decir de Claude Bennet no es entendida ni por los mismos profesores (3). Parecería como que por una parte estamos formando médicos con mucho de los moldes tradicionales pero a su vez tratando de alcanzar en una forma no bien definida los nuevos senderos que se abren. Para muchos profesores la docencia médica con alumnos no es prioridad fundamental: interesan más los "grants" para investigar, las conferencias y publicaciones.

Los llamados estudios pre clínicos sólo son requisitos para futuros estudios clínicos que sin que necesariamente exista una concatenación y coherencia adecuadas, estando dejados, no infrecuentemente, a la libre decisión de profesores no médicos. Así vemos a biólogos que enseñan la anatomía humana y fisiólogos que no conocen bien la fisiología humana. El fenómeno es más complejo porque los profesores de medicina saben que para ponerse a tono con la época, sus centros de trabajo deben cambiar las prioridades y las modalidades: ya que no dan muchos dividendos las tradicionales publicaciones sobre estudios eminentemente clínicos, ahora se refieren más los estudios que tengan mucho de las ciencias médicas básicas modernas. Se ha llegado a decir que algunos de estos profesores ya no están en condiciones de poder hacer rondas en las salas de hospitalización. La docencia clínica está en manos de gente joven, muchas veces residentes. El gran profesor no interviene o interviene muy poco en la docencia de los alumnos. Los estudiantes perciben esto y algunos expresan su desencanto y desilusión (1). Reconocemos que es un error la docencia médica paternalista donde el estudiante es un elemento pasivo receptor de informaciones; pero tampoco es conveniente ese tono de excesiva libertad y extralimitación del espíritu de autodidacta que como matiz deba

tener debe tener todo estudiante y médico. El profesor y los pacientes son estímulos y motivaciones importantes y no pueden ser reemplazados por videos y grabadoras.

Lo importante de todo esto es que estas deficiencias y desviaciones surgidas moderadamente en las escuelas médicas ya se conocen y se hacen esfuerzos para corregirlas. Hay escuelas médicas que ya han implementado cambios en sus métodos de enseñanza de la medicina, adaptándose a los giros y nuevos avances de las ciencias (4).

El residentado médico forma parte de este contexto general y aquí también han surgido una serie de irregularidades que tengo la impresión no será difícil subsanarlas en los próximos años. Entre ellas cito el excesivo número de especialistas, como si cada vez más quisiéramos atomizar la medicina, pocas elecciones de medicina interna, poco tiempo dedicado a la consulta ambulatoria, excesiva carga asistencial, etc. (1,2,3).

En líneas generales, no creo que la gran solución para la problemática de las escuelas médicas esté fundamentalmente en invitar a escoger medicina a los mejores estudiantes ofreciéndoles como se dijo una docencia pasiva y exhibiendo limitaciones y deficiencias.

Si bien la docencia médica, y el residentado médico como parte de ella, tienen sus deficiencias en los Estados Unidos nadie deja de reconocer la tremenda calidad de muchas escuelas médicas que contribuyen a que ese país tenga la mejor medicina del mundo. Pero entre nosotros estas deficiencias revisten caracteres casi dramáticos y el panorama que ofrecemos contribuye a desalentar a los jóvenes graduados, favoreciendo la fuga de una parte importante de nuestros brillantes profesionales formados en el país. El caos, el atraso y la pasividad que se han entronizado en nuestras escuelas médicas son de tal magnitud que hemos avanzado muy poco o casi nada y más bien hemos ido perdiendo paulatinamente mucho de lo bueno que teníamos. En muchos aspectos se mantienen los viejos moldes de hace casi 30 años; y si en los Estados Unidos existen dificultades para adaptar la docencia médica a estos vertiginosos avances de las ciencias básicas, entre nosotros esto se ha hecho mucho más evidente, tanto por la falta de personal entrenado como por las serias deficiencias económicas que frenan los intentos de renovación.

El panorama que ofrecen los estudios clínicos tampoco es nada edificantes. Me atrevo a decir que el paso por los hospitales deja en los buenos estudiantes un sabor amargo y de constante desencanto.

Parecería que todas las escuelas médicas están empeñadas en una carrera desenfrenada por la masificación de la medicina peruana y aunque la acepción se considere algo peyorativa veo que los moldes de la informalidad que caracteriza a la actual vida ciudadana peruana, también se ha dejado sentir en la docencia médica. Realmente no existen los llamados hospitales docentes. En su mayoría son centros desorganizados, muchas veces por las mismas actividades docentes. La infraestructura con que cuentan son bastantes deficitarias, llegando a colocarse en un nivel inferior en relación a clínicas y centros privados de salud, totalmente al revés de lo que sucede en otros países. Esto condiciona que sea frecuente que médicos y estudiantes estén en un peregrinaje por consultorios y clínicas privadas para solicitar ciertos exámenes que les permite estudiar a sus pacientes. A las conocidas limitaciones económicas para el buen manejo de los pacientes se ha sumado, en algunos casos, la despoblación de estos hospitales por la situación económica del país, lo que redundará en forma negativa en el buen

entrenamiento de los estudiantes. Todo no queda allí. Las escuelas médicas casi no tienen injerencia en el nombramiento de nuestros profesionales en estos hospitales ni en la promoción de los mismos de tal forma que puestos importantes son ocupados por personas no muy idóneas, lo que contribuye a deteriorar las actividades docentes. Esta masificación de la docencia médica, especialmente en Lima, ha hecho que algunos servicios hospitalarios sean prácticamente invadidos por ciertas escuelas médicas. Ya no llama la atención que un profesional médico, además de su carga hospitalaria asistencial, desarrolle labores docentes hasta para tres universidades al mismo tiempo, llegándose a situaciones penosas donde un grupo determinado grupo de alumnos son dejados de lado por preferencias específicas; o a esta otra como la de reunir a alumnos de distintas escuelas médicas, con programas diferentes, en prácticas comunes.

Ninguna de las escuelas médicas existentes en Lima se libra del lamentable cuadro de estudiantes también en peregrinajes por diferentes hospitales y centros de salud, no importando la calidad de docencia que allí se imparte, porque no hay lugar en los llamados hospitales universitarios o porque una determinada persona lo ha dispuesto así. Es decepcionante el escuchar a quienes llegan a plantear la insólita idea que los mismos servicios y pacientes podrían ser usados por diferentes universidades, dentro de un horario, como para disfrazar este caos y confundiendo la buena docencia médica con cortas visitas como si se tratase de museos y sitios de esparcimiento.

Quizás el panorama del residentado médico no sea tan desalentador como el del pregrado. Existen las mismas irregularidades que ya hemos señalado en el residentado en los Estados Unidos, aunque incrementadas y a las que suman las propias del medio. Entre las primeras señalados, por ejemplo, un entrenamiento en medicina ambulatoria deficiente y bastante limitado. Recordamos que hace un tiempo los residentes de medicina en el Hospital "Arzobispo Loayza" no hacían consulta externa y cuando programamos estas actividades tuvimos que vencer la resistencia de estos residentes y de la misma universidad que los programaba para charlas teóricas fuera del hospital. Entre las propias del medio: exceso de residentes, poca elección de medicina interna, prefiriéndose especialidades más rentables; entrenamiento académico deficiente, predominando las labores puramente asistenciales; falta de unidad de mando, incoordinación entre el hospital y las universidades. La misma pobre infraestructura de estos hospitales condiciona que los residentes hospitalarios, muchas veces para recibir clases teóricas, desfigurando así el verdadero sentido del residentado.

Todo este panorama que presenté aquí muy apretadamente ¿es realmente algo estimulante para nuestros estudiantes y jóvenes médicos? ¿No es cierto que esto contribuye en forma importante además de otros factores al desaliento y a la fuga hacia los Estados Unidos?.

El tema es que estoy comentando se entiende y se define mejor cuando se analiza a este grupo de peruanos decididos a emigrar al país del norte. Es indudable que hay variados niveles entre ellos. Algunos tienen ansias de superación profesional y las mejores intenciones de regresar al país. Lamentablemente se está convirtiendo en una meta casi obligatoria en un grupo importante de nuestros médicos el emigrar hacia los Estados Unidos. Es un peldaño más que se tiene en mente en esta carrera que se inicia con el ingreso a una escuela de medicina. Del grupo más brillante de nuestra juventud perdemos regularmente una proporción importante, reconociendo que se queda felizmente otro grupo que sirve para remozar nuestra vida médica. Actualmente los que

retornan son muy pocos. Hoy día estos jóvenes recién graduados ya no sólo nos hablan de las gestiones para dar los exámenes del "foreing", de las cartas de recomendación sino de lo que hay que hacer posteriormente para quedarse definitivamente en ese país. Un país pierde parte del lo mejor que tiene y que ha preparado y otro recibe a este grupo bien tamizado. Es indudable que mientras seamos mundo siempre existirán estos flujos humanos de país a país. Es algo habitual y normal; pero lo que llama poderosamente la atención es que esté en las mentes de nuestros mejores estudiantes de medicina como un derrotero casi inexorable. Es cierto que en muchos hay la duda; ¿hago mi residentado en el Perú o en el extranjero? ¿Me quedo en el Perú o me voy para siempre a los Estados Unidos?. Alrededor de los 25 años de edad prácticamente se está renunciando al país, a la tierra y en cierta medida a la familia. Ortega y Gasset decía "el hombre es el hombre y su mundo". El que va con las intenciones de quedarse vivirá en un mundo de costumbres algo diferentes, en un medio que le pondrá dificultades y donde será mirado y tratado como un extranjero que forma parte de las minorías". Este ángulo es quizás uno de los más importantes y deberá contrapesarse con las mejores condiciones de trabajo que indudablemente se ofrecen. Algunos piensan que la pregunta básica y casi única que habría que hacerse es: "¿dónde se sentirá usted más feliz y más realizado?. No creo que la receta sea tan simple. Entiendo que eso es importante pero hay otros factores a considerar. No creo tampoco que es prioritario el preguntarse si nuestro residentado médico es mejor, igual o peor que el de los Estados Unidos, cuando obviamente conocemos nuestras deficiencias y limitaciones.

Aceptando que hay niveles diferentes en ambos lados indudablemente la docencia médica en los Estados Unidos es muy superior a la nuestra en el pregrado y en el postgrado, en especial desde el punto de vista institucional. Creo que más bien las preguntas que deberían hacerse podrían ser de este estilo:

1. ¿Realmente deso y me sentiré a gusto haciendo el residentado y quedándome en los Estados Unidos?.
  2. ¿Realmente estoy en condiciones de poder hacer esto, afrontando los gastos y aprobando los exámenes?
  3. ¿Lo estoy haciendo fundamentalmente por seguir la "tradición del buen médico peruano" y por demostrar de que se pertenece al grupo selecto?
  4. ¿Estoy convencido de que aquí no hay futuro para mi y que la situación en el país no va a mejorar?.
- ¿Realmente cual es la salida a esta situación?.

No creo que esto se pueda resolver miópicamente con un decreto supremo que drásticamente impida la salida de estos jóvenes médicos o poniendo una serie de cortapistas. Es cierto que en el caso de las universidades nacionales, la nación en gran parte ha cubierto los costos de la carrera; pero aún allí habrían que hacerse estudios y reglamentaciones.

¿Cómo rescatar la situación de décadas atrás en que muchos de nuestros jóvenes médicos iban primero a Europa y posteriormente a los Estados Unidos pero regresaban en su mayoría para trabajar en el país?.

Es indudable que los cambios que se han venido sucediendo en el país en los últimos años han condicionado, en gran parte, la situación actual.

La vida en el Perú no es la de la década del 30, 40 o del 60. La calidad de vida ha variado mucho. Las agresiones al ciudadano vienen de diferentes ángulos. Es cierto que el panorama está cambiando pero se necesita que se rescate en forma plena lo que tuvimos y no supimos conservar. Como muchos de los problemas peruanos los factores que entran en juego se entrelazan y se mezclan unos con otros.

Salud y educación son dos columnas muy importantes en la vida de una nación y rebasan los meros intereses políticos y de grupos o aún de una mal entendida autonomía universitaria. Hay muchos cambios que deberán hacerse. Por ejemplo, deberán diseñarse los requisitos mínimos para el funcionamiento de una escuela médica, pero para cumplir con ellos y no burlarlos. Deberá estimularse y propiciarse el funcionamiento de verdaderas escuelas médicas en sitios estratégicos del país. Algunas ya funcionaban bastante bien. Deberán ser muy pocas. El número de alumnos será reducido y fijo. Deberá existir un órgano de control. Las escuelas médicas existentes deberán ser reestructuradas. Racionalizar la plana de profesores con los más capaces e identificados realmente con la carrera universitaria, dejando a un lado aquella frondosa planilla de profesores que sólo sirven para hipertrofiar los presupuestos. Hay que delimitar las áreas de estas escuelas médicas y señalarles un hospital u hospitales específicos de acuerdo con sus reales necesidades, impidiendo ese penoso caos que se observa en Lima donde do o más escuelas médicas se disputan los servicios hospitalarios y los pacientes. Una tarea muy dura será de estructurar, también, estos llamados hospitales docentes para que sean como en otros países; centros bien organizados, con la mejor infraestructura del medio y donde se practique una medicina de gran calidad, de suerte que marquen el ritmo para bien de la comunidad médica y no médica. Esta masificación de la medicina que vivimos se deberá regular, también, haciendo un adecuado control de los peruanos o extranjeros graduados en otros países y que vienen al Perú a ejercer la profesión. Esta es otra puerta abierta que en algo agrava la situación.

El otro punto importante que demorará años en poder conseguirlo será el recuperar substancialmente la situación económica del país, en tal forma que permita mejorar las remuneraciones del profesional médico, lo que significará un incentivo importante para no emigrar.

La formación de buenos profesionales, la existencia de centros donde se practique una buena medicina asistencial y académica, buenas condiciones de vida, todo esto es la forma más segura de reciclar y remozar constantemente nuestra medicina.

Al lado de todo esto se hace necesaria una nueva toma de conciencia en nuestros jóvenes profesionales. En los años venideros va a ser cada vez más difícil el conseguir una ubicación en los Estados Unidos.

Algunos dicen que la aparente flexibilidad que se ha notado en los últimos años se ha debido al terrible fenómeno del Sida y a la poca preferencia que vienen obteniendo los programas de residentado en medicina interna entre los médicos norteamericanos, siendo esto cubierto en una buena parte con extranjeros de las "minorías". Es muy probable que todo esto se corrija en los próximos años. Esta toma de conciencia implica, también, que se comprenda que este es su país, su gente, y que se medite si realmente vale la pena de que se quemen todas las naves y después de largos años de entrenamiento, que se llevan parte de la juventud, se inicien intentos penosos y frustrantes para poder quedarse en ese país ejerciendo la profesión. Aceptando que

siempre han existido y existirán los que emigren con fines y razones específicas muy atendibles, en líneas generales, sería dable que conseguidas las modificaciones que he mencionado más arriba nuestros médicos formados en el país efectúen su resindentado en el Perú y posteriormente con la seguridad de trabajo en nuestro medio quede abierta la posibilidad de entrenamientos específicos en el extranjero tal como sucedía en épocas pasadas.

He tratado de ser realista. Probablemente en algunos puntos no se esté de acuerdo con lo que aquí expreso. No creo que todo esté perdido. El éxito en el extranjero de muchos jóvenes profesionales formados por nosotros se debe a la innegable calidad que ellos tienen desde que ingresan a la universidad siendo parte de lo mejor que tiene este país; se debe también al reconocido esfuerzo y capacidad de algunos buenos profesores de las escuelas médicas y no a bondades institucionales.

En los próximos años debemos tomar decisiones importantes. Mientras tanto esta inusitada fuga se va a seguir produciendo. Ojalá todo no se convierta una vez más, en nuevos seminarios, foros de diferentes colores y que después se los lleva el viento. Si seguimos con esta pasividad no saldremos de esta mediocridad morigerada en parte por algunos buenos profesionales.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Panush RC, Reynolds JA, Benson MA. La Combe Clinical Medicine: Perspectives for the future. *Am J Med* 1993; 95: 1-12.
2. Schroeder SA, et al. Residency training in Internal Medicine: Time for a change?. *Am Intern Med* 1986; 104: 554-561.
3. Association of Professors of Medicine. Association of American Medical Colleges Retreat Internal Medicine-Curriculum Reform *Ann Intern Med* 1992; 116: 12: 1041-1115.
4. Tosteson DC. New pathways in general medical education *N. Engl J Med* 1990; 322:234-238.