

Consultoría

Estudio “Análisis y Propuesta de Criterios de Acreditación de Campos de Práctica en la Formación de Pre y Postgrado de los Profesionales de Salud”.

# **Informe final**

**Producto 3**

**Consultor:**  
**Juan Arroyo**

**31 de Enero de 2007**

Consultor responsable:

Dr. Juan Arroyo

Equipo de investigación:

Dr. Manuel Núñez

Dr. Víctor Carrasco

Eco. Milos Lau

Soc. Judith Flores

Coordinación Técnica:

Dra. Betsy Moscoso (IDREH)

Dr. Leo Neverden (Proyecto AMARES)

Mag. Mary Casas (Proyecto AMARES)

## AGRADECIMIENTOS

El autor desea dejar constancia de su agradecimiento a quienes hicieron posible este estudio. En primer lugar al Dr. Luis Huarachi Quintanilla, Jefe Institucional del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), al Dr. Pedro Díaz Arteaga, Sub Jefe Institucional del IDREH, al Dr. Rafael Delgado, Director General de la Dirección de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del IDREH, y a la Dra. Betsy Moscoso, Directora General de la Oficina General de Información Estratégica de Recursos Humanos del IDREH, que fue nuestra contraparte institucional en el estudio.

Igualmente mi agradecimiento al Dr. Juan José Fernández Costales, Co-Director Europeo del Proyecto AMARES, y al Dr. Julio César Puntriano, Co-Director Nacional del mismo, así como a Leo Neverden, Asesor en Formación y Capacitación del proyecto AMARES, y a María Casas, consultora especialista en recursos humanos en salud del proyecto AMARES, cuyo soporte fue fundamental.

De otro lado, mi agradecimiento y reconocimiento al importante apoyo técnico dado por los Drs. Manuel Núñez y Víctor Carrasco para llevar adelante el presente estudio, así como a Judith Flores y Milos Lau, quienes fueron una ayuda fundamental para su culminación.

Por último, nuestro agradecimiento a todos los participantes en los 6 talleres realizados, cuyas opiniones y aportes fueron claves para configurar el diagnóstico y las recomendaciones sobre los campos de prácticas. Sin su presencia e interés para afrontar un tema tan crucial no habiéramos podido quizás afrontarlo.

### Asistentes a los Talleres

Arnao, Margarita	Jefa de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Avilés, Nestor	Coordinador de Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Baca, Hilda	Presidente ASPEFOBST
Barriga, Hugo	Coordinador de la OADI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Bernal, Brunilda	Enfermera asistente del Hospital Nacional María Auxiliadora
Bocanengra, Carlos	Coordinador General de la UNFV en el Hospital Nacional Sergio Bernales
Carranza, Lourdes	Secretaria Nacional de Asuntos Internos del Colegio de Obstetras del Perú
Contreras, Isabel	Coordinadora Interna de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales
Coronado, Bertha	Jefe de enfermería del Hospital Nacional Daniel A. Carrión
Corro, Ciro	Coordinador de la UNMSM
Cruz, Ida	Coordinadora Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Cruzado, Flavia	Vice Decana del colegio de Obstetras del Perú
Del Carmen, Camen	UNMSM
Delgado, Rafael	Director General de Políticas del IDREH
Díaz, Pedro	Subjefe institucional del IDREH
Escalante, Giovanni	Consultor especialista REHUS
Fernández, María	Secretaría General del Colegio de Obstetras del Perú
Flores, María	Jefe de enfermería del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Jiménez, Pilar	Jefe de OADI del Hospital Nacional Daniel A. Carrión
Landa, Francisco	Jefe de Docencia e investigación del Hospital Nacional Sergio Bernales
Lluncor Esperanza	Enfermera docente
Lock, Jaime	Coordinador del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Maruy, Aldo	Coordinador Docente de la UPCH

Nuñez, Ulises	Presidente ASPEFAM
Padilla, Mónica	OPS
Paredes, Eduardo	Facultad de Medicina de la UPCH
Parra, José	Asesor (Coordinador) de la USMP en el Hospital Nacional María Auxiliadora
Pastor, César	Asesor CONAREME
Perez del Arca, César	Coordinador General de la UNMSM en el Hospital Nacional María Auxiliadora
Portocarrero, Jacqueline	Oficina de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia
Puente Arnao, Ernesto	Coordinador de sede de la USMP en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en internado
Quispe, Bertha	Jefa de Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Saravia, Eloy	Coordinador General de la UNMSM en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Torres, Carmen	Jefa OADI del Hospital María Auxiliadora
Torres, Javier	Secretario Técnico de CAFME
Trujillo, Teresa	Presidente del Comité de Residentado del Hospital Nacional María Auxiliadora
Valdiviezo, Fanny	Jefe del área de Docencia del Hospital Nacional Sergio Bernales
Valencia, Victor	Coordinador de Postgrado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Velásquez, Sonia	Presidente de ASPEFEEN
Vera, Lucy	Coordinadora interna de Obstetrices en el Hospital Nacional Hipólito Unanue
Verástegui María	Tutora de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Hospital Nacional Sergio Bernales
Villafana, Neri	Coordinador de Residentado del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Violeta, Valverde	Jefe de enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia
Zárate, Gladys	OPS

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1. LA MICROECONOMÍA DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA: LA OBSERVACIÓN DE LOS CUERPOS .....	12
CAPÍTULO 2. LA OFERTA Y DEMANDA DE CAMPOS DE PRÁCTICA PARA LA FORMACIÓN EN SALUD EN EL PERÚ.....	20
2.1.    El perfil de la oferta de los servicios de salud, escenarios de las prácticas de formación en salud. ....	21
2.1.1    Los establecimientos: Hospitales, Institutos y Clínicas.....	21
2.1.2    Las camas hospitalarias en hospitales e Institutos. ....	23
2.1.3    La producción de servicios de hospitales e institutos del MINSA. ....	25
2.2.    La oferta de campos clínicos de pregrado por institución prestadora. ....	26
2.2.1    La oferta de plazas para internado en el MINSA. ....	26
2.2.2    La oferta de campos clínicos en ESSALUD. ....	29
2.3.    La demanda de campos clínicos de pregrado en medicina, enfermería y obstetricia. ....	32
2.3.1    La demanda de campos clínicos en Medicina. ....	32
2.3.2    La demanda de campos clínicos en Enfermería.....	34
2.3.3    La demanda de campos clínicos en Obstetricia.....	38
2.3.4    La demanda de campos clínicos de enfermería técnica.....	41
2.4.    La demanda de campos clínicos de internado y su distribución geográfica.....	44
2.5.    Demanda de Campos Clínicos de Residentado o Especialización. ....	48
CAPÍTULO 3. LA CONSTRUCCION HISTORICA DE LA REGULACION DE CAMPOS DE FORMACION EN SALUD EN EL PERU.....	57
3.1    La regulación del “deber ser”: el Comité Nacional de Residentado Médico.....	58
3.2    El impulso de la Regulación desde la Cultura de la Calidad y la Defensa del Status Profesional: La Acreditación y Recertificación. ....	66
3.2.1    El camino de CAFME a SINEACE. ....	66
3.2.2    El proceso de la recertificación.....	68
3.3    La Construcción de una autoridad reguladora y el Sistema de Pregrado en Salud: Del IDREH al SINAPRES. ....	70
3.3.1    La creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).....	70
3.3.2    El rol regulador de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).....	71
CAPÍTULO 4. SITUACIÓN DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA EN LIMA: ESTUDIOS DE CASOS.....	78
4.1    Realidad de los campos clínicos hospitalarios.....	78
4.1.1    Normatividad. ....	79
4.1.2    Infraestructura y equipamiento.....	81
4.1.3    Docentes y alumnos.....	90
4.1.4    Financiamiento. ....	92
4.1.5    Gestión de campos clínicos. ....	93
4.1.6    Normas de selección de campos clínicos .....	95
4.1.7    Distribución de campos clínicos de pregrado en la sede. ....	96

4.1.8	Distribución de campos clínicos en internado .....	100
4.1.9	Análisis explicativo de los hallazgos de la Lista de Verificación .....	100
4.2	Las percepciones de los actores.....	103
4.3	La opinión de los pacientes .....	110
CAPÍTULO 5. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y LECCIONES APRENDIDAS .....		112
	Análisis comparado del surgimiento y evolución de la regulación de campos clínicos.....	144
	Análisis comparado de los contenidos de la regulación de campos clínicos.....	146
CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE ACREDITACION DE CAMPOS .....		148
6.1	Componente conceptual metodológico. ....	148
6.1.1	La calidad en la educación superior.....	148
6.1.2	La dinámica del aseguramiento de la calidad de la educación superior en América Latina.....	149
6.2	Bases conceptuales para el subsistema de evaluación y acreditación de campos clínicos para formación de profesionales de salud en el Perú. ....	150
6.2.1	Características de la Formación Clínica. ....	150
6.2.2	Integralidad docencia - servicios. ....	151
6.2.3	Acreditación de la educación médica .....	151
6.3	Componente Normativo y de gestión. ....	152
6.3.1	Base Legal.....	152
6.3.2	La gestión del proceso.....	153
6.4	Componente técnico. ....	154
6.4.1	Áreas, Variables y Estándares de acreditación. ....	154
6.4.2	Tipificación de estándares e indicadores y escala de evaluación. ...	160
6.5	Mecanismos de implementación.....	161
6.5.1	Procedimiento de acreditación de campos clínicos. ....	161
CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		163
	Conclusiones.....	163
	Recomendaciones.....	165
BIBLIOGRAFÍA.....		167
ANEXOS.....		172

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.	Perú: Camas hospitalarias en 1996 y 2004/2005.....	23
Tabla N°2.	Perú: Áreas construidas, camas funcionales y metraje por cama de Hospitales, 2004/2005 .....	24
Tabla N°3.	Plazas Remuneradas de Internado de Medicina, Ministerio de Salud, 2006	26
Tabla N°4.	Plazas Remuneradas de Internos de Medicina con Presupuesto IDREH, según tipo de universidad, 2006.....	27
Tabla N°5.	Plazas Remuneradas de Internos de Medicina con Presupuesto IDREH, según Sede Docente, en Lima-Callao, Ministerio de Salud, 2006.....	27
Tabla N°6.	Plazas rentadas de internado médico en MINSA, por sede hospitalaria y número de vacantes ofertado, 2006 .....	28
Tabla N°7.	Análisis de Hospitales Prioritarios por universidad para plazas remuneradas del internado, 2005 <sup>a</sup> .....	29
Tabla N°8.	ESSALUD: Campos Clínicos de Internado Médico, por Sede de Examen, Centro Asistencial, Red Asistencial y número de vacantes ofertado, 2006 .....	30
Tabla N°9.	Campos Clínicos en EsSalud, según complejidad del Establecimiento, 2006	31
Tabla N°10.	Campos Clínicos en EsSalud, según Red Asistencial, 2006 .....	32
Tabla N°11.	Perú: Facultades de Medicina por macroregiones, 2003 .....	32
Tabla N°12.	Perú: Facultades de enfermería por macroregiones, 2003.....	34
Tabla N°13.	Perú: Facultades de Obstetricia por macroregiones, 2003.....	38
Tabla N°14.	Perú: Ingresantes a Obstetricia por universidad, 2003 .....	39
Tabla N°15.	Perú: Número de Institutos Superiores Tecnológicos con carrera de enfermería revalidados para el año 2007 .....	42
Tabla N°16.	Número de internos programados en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), 2006	44
Tabla N°17.	Número total de internos de Medicina en Lima, 2007 .....	45
Tabla N°18.	Especialidades con las que cuenta el SINAREME .....	49
Tabla N°19.	Capacidad de campos clínicos de residentados, Lima y regiones 2006.....	51
Tabla N°20.	Plazas ofertadas y plazas disponibles de residentado, 2006.....	51
Tabla N°21.	Plazas ofertadas de Residentado en el Proceso de Admisión 2006, según Lima y Regiones.....	51
Tabla N°22.	Plazas Ofertadas en el Proceso de Admisión 2006 del SINAREME .....	52
Tabla N°23.	Evolución histórica del número de Postulantes a los Procesos de Admisión (2001- 2006) - SINAREME según Lima y regiones .....	56
Tabla N°24.	Presión en el sistema según modalidad de selección SINAREME 2001-2006	56
Tabla N°25.	Evolución normativa sobre campos clínicos, 1971-2000.....	74
Tabla N°26.	Convenios vigentes según Hospital .....	79
Tabla N°27.	Disponibilidad de aulas dedicadas a la actividad académica .....	81
Tabla N°28.	Disponibilidad de equipos audiovisuales dedicados a la actividad académica	83
Tabla N°29.	Centros de documentación o bibliotecas .....	86

Tabla N°30.	Número de bibliotecas según hospital .....	88
Tabla N°31.	Disponibilidad de internet dedicada a la actividad académica.....	89
Tabla N°32.	Total de Docentes por hospital según universidad .....	90
Tabla N°33.	Docentes nombrados por universidad y sede docente .....	90
Tabla N°34.	Docentes contratados por universidad y sede docente .....	91
Tabla N°35.	Porcentaje de Docentes ad honorem.....	91
Tabla N°36.	Alumnos por hospital según nivel de estudios .....	92
Tabla N°37.	Gestión de Campos Clínicos .....	93
Tabla N°38.	Existencia de normas y documentos de selección de campos clínicos .....	95
Tabla N°39.	Hospital Arzobispo Loayza: Distribución de Campos Clínicos en pregrado..	96
Tabla N°40.	Hospital Daniel A. Carrión: Distribución de Campos Clínicos en pregrado..	97
Tabla N°41.	Hospital Cayetano Heredia: Distribución de Campos Clínicos en pregrado.	97
Tabla N°42.	Hospital Hipólito Unánue: Distribución de Campos Clínicos en pregrado (sólo Universidad Nacional Federico Villareal).....	98
Tabla N°43.	Hospital María Auxiliadora: Distribución de Campos Clínicos en pregrado .	99
Tabla N°44.	Hospital Sergio Bernales: Distribución de Campos Clínicos en pregrado....	99
Tabla N°45.	Distribución de campos clínicos en internado .....	100
Tabla N°46.	Relación entre Cohabitación, articulación docencia-servicio y conflictividad en las sedes docentes. ....	101
Tabla N°48.	¿Con qué frecuencia estima que se cumplen por parte de los estudiantes los estándares de acreditación de CAFME referidos a campos clínicos? .....	105
Tabla N°49.	¿Cuál es su preocupación sobre la capacidad de los campos clínicos (camas, docentes, y ambientes) con relación al número de alumnos?.....	107
Tabla N°50.	Número de establecimientos según nivel de complejidad, Chile 2006.....	113
Tabla N°51.	Evolución del número de instituciones de educación superior, período 1980-2003	113
Tabla N°52.	Universidades que imparten la carrera de medicina, Chile - 2007. ....	116
Tabla N°53.	Criterios de Evaluación para la Acreditación de Carreras de Enfermería, 2001	125
Tabla N°54.	Egresados de las Universidades, Venezuela, 2000-2004 .....	127
Tabla N°55.	Camas por servicio. Colombia, 2004 .....	128
Tabla N°56.	Razón de camas por servicio por cada mil habitantes .....	129
Tabla N°57.	Análisis comparativo.....	147

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1.	Perú, Número de Hospitales por instituciones, 1996 - 2004/2005. ....	22
Figura N°2.	Número de Establecimientos del MINSA según nivel de complejidad, 2005	23
Figura N°3.	Perú: Camas hospitalarias en funcionamiento, 1996 y 2004/2005.....	24
Figura N°4.	Campos clínicos en EsSALUD por región 2006 .....	31
Figura N°5.	Perú: Evolución del número de docentes por categorías y por tipo de universidad	34
Figura N°6.	Ingresantes a las facultades y escuelas de enfermería, 2003.....	36
Figura N°9.	Ubicación de Facultades y Escuelas de Obstetricia, según población estratificada por distrito, Lima Metropolitana y Callao - 2005.....	40
Figura N°10.	Ubicación de Facultades y Escuelas de Obstetricia, y establecimientos de salud (hospitales e Institutos del Ministerio de Salud), según población estratificada por distrito. Lima Metropolitana y Callao - 2005. ....	41
Figura N°11.	Perú: Número de IST con carreras de Enfermería por departamentos ...	43
Figura N°12.	Número de Institutos con carrera de Enfermería.....	43
Figura N°13.	Número de internos de medicina estratificado por población.....	46
Figura N°14.	Ubicación de Facultades de Medicina, según población estratificada por distrito, Lima Metropolitana y Callao - 2005. ....	47
Figura N°15.	Ubicación de Facultades de Medicina, hospitales e Institutos del MINSA, según población estratificada por distrito. Lima Metropolitana y Callao, 2005. ....	48
Figura N°16.	Evolución Histórica de Plazas Ofertadas en los Procesos de Admisión del SINAREME, 2001-2006 .....	53
Figura N°17.	Evolución 2001-2006 de Plazas Ofertadas en los Procesos de Admisión del SINAREME por Institución Prestadora .....	54
Figura N°18.	Evolución Histórica (2001-2006) de Plazas Ofertadas por Modalidad por destaque en los Procesos de Admisión del SINAREME por institución .....	54
Figura N°19.	Evolución histórica del número de Postulantes a los Procesos de Admisión 2001- 2006 del SINAREME por universidades.....	55
Figura N°20.	Relación entre la Cohabitación, la articulación docencia-servicio y la conflictividad en las sedes docentes.....	101
Figura N°21.	Percepción de integración docente Asistencial.....	103
Figura N°22.	Correlación entre perfil y programa curricular .....	104
Figura N°23.	Grado de conocimiento sobre Convenio .....	105
Figura N°24.	Nivel de cumplimiento de los convenios.....	106
Figura N°25.	Criterios para la distribución de campos clínicos.....	106
Figura N°26.	Nivel de dedicación docente a labores lectivas en servicios.....	107
Figura N°27.	Percepción de la calidad de los procesos de formación (medicina) ....	108
Figura N°28.	Percepción de la calidad de los procesos de formación (enfermería)...	108
Figura N°29.	Percepción sobre la calidad de proceso de formación (Obstetricia) ....	109

Figura N°30. Enfermería)	Percepción sobre la calidad del proceso de formación (Técnico en 109	
Figura N°31.	Permiso de los pacientes para ser examinados por los alumnos .....	110
Figura N°32.	Nivel de identificación de los alumnos frente al paciente .....	111
Figura N°33.	Percepción de la comodidad de los pacientes frente a los alumnos ...	111
Figura N°34.	Evolución de la Matrícula de Educación Superior, período 1980 -2002.	114
Figura N°35.	Relación docencia - servicio .....	131
Figura N°36.	Estadio de los procesos de regulación de países sudamericanos .....	145
Figura N°37.	Relación docencia - servicio .....	151

# INTRODUCCIÓN

El presente informe resume los resultados del “Estudio sobre Campos de Práctica en la Formación en Salud” encargado por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (IDREH) y el Proyecto AMARES.

El estudio se llevó adelante en los meses de noviembre y diciembre del 2006 y enero del 2007, y tuvo como objetivo “contribuir a la identificación y dimensionamiento de los problemas relacionados a los espacios de aprendizaje y campos de práctica, en las instituciones de salud del país, en particular en Lima Metropolitana, con vistas a mejorar su regulación”.<sup>1</sup>

Este propósito hizo que el estudio fuese a la vez descriptivo, exploratorio y propositivo, esto es, buscarse arribar a un cuadro dimensionado de la situación de la asignación y utilización de los campos de práctica clínica en la formación en salud, pero también explorase las percepciones de los principales actores sociales sobre la regulación de los denominados “campos clínicos”, y plantearse recomendaciones sobre el marco regulatorio y estándares de acreditación de campos de práctica clínica en formación en salud.

En realidad, una vez terminado, podemos decir que apenas hemos abierto una rendija en un amplio campo de investigación aún inexplorado. El estudio no comprendió el universo de Lima o el nacional porque ello implicaba otro dimensionamiento totalmente diferente del Estudio, con equipo y recursos muy superiores. Se realizó así sobre una muestra de 6 sedes docentes de Lima (Carrión, Cayetano Heredia, Unanue, Loayza, Bernal y María Auxiliadora), 3 carreras (Medicina, Enfermería y Obstetricia) y 4 Universidades (Cayetano Heredia, San Marcos, Federico Villarreal y San Martín). Evidentemente también se hizo un estudio nacional, a partir de fuentes secundarias, respecto a la oferta y demanda de campos clínicos de las universidades e institutos, indispensables para una mirada panorámica del tema, que vamos a presentar.

Además, el estudio en buena medida fue cogestionado con los propios actores de los campos, pues se realizaron 5 talleres con ellos, participando 176 profesionales, entre ellos los Jefes de Capacitación o Docencia e Investigación de los Hospitales, los coordinadores de sedes docentes por universidades, los coordinadores de residencias o internados, los responsables por carreras por universidades o por sedes, y otros. En paralelo se hicieron 6 visitas hospitalarias en que se realizaron talleres y se dialogó sobre el problema y sus soluciones. La revisión documental y las entrevistas individuales se enriquecieron así con la observación directa en las visitas de campo y los talleres con especialistas y actores.

---

<sup>1</sup> Términos de referencia del Estudio “Análisis y Propuesta de Criterios de Acreditación de Campos de Práctica en la Formación de Pre y Postgrado de los Profesionales de Salud”.

# CAPÍTULO 1. LA MICROECONOMÍA DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA: LA OBSERVACIÓN DE LOS CUERPOS

Este estudio en alguna medida continúa, despliega, desarrolla, para un campo específico, las conclusiones derivadas del Informe País elevado por el Ministerio de Salud a la Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud realizada en octubre del 2005 en Toronto.<sup>2</sup>

La conclusión principal de dicho Informe fue que a partir de los 90 se venía viviendo en el Perú un ciclo largo de recursos humanos en salud, caracterizado por una crisis de gobernabilidad de la formación en salud y por una creciente conflictividad laboral. Es verdad que esta última conflictividad, se dijo, sólo eventualmente podría generar más adelante una ingobernabilidad sectorial, pero se advirtió que en el mundo del trabajo no bastaba con que el personal esté presente en cuerpo sino también en alma, y los 90 habían instalado ahí un trade off entre precarización y desempeño: el gerencialismo invocó en los 90 a un mejor desempeño, pero la flexibilización y empobrecimiento salarial, llevados a un nivel, bloquean el desarrollo de competencias. Por eso, se concluyó, la fórmula que resume la política de recursos humanos de la década pasada era la de desarrollo de competencias sin desarrollo humano, que no funciona, o mejor, funciona mal.

La diferencia del mundo del trabajo con el mundo de la formación, sin embargo, es que en este último ya está instalada una crisis de gobernabilidad. El origen de esta crisis es el ritmo independiente del mundo de la formación respecto al mundo del trabajo: hoy la oferta educativa en salud produce egresados y titulados en número muy superior a la demanda de los servicios de salud, y sin embargo lo extraño es que esta oferta de nuevas facultades de ciencias de la salud e institutos sigue creciendo, porque sigue creciendo la demanda por educación en salud.

Lo que el presente estudio ha constatado es que esta sobre-oferta de egresados, en el terreno de la formación de pregrado y postgrado en salud se traduce en una sobre-demanda permanente de campos clínicos de práctica.

La diferencia con el estudio anterior sobre la sobre-oferta de egresados por encima de la demanda de personal por los servicios de salud es que en ese caso la sobre-oferta podía irse al exterior continuamente o engrosar el subempleo aquí, pero en este tema de los campos clínicos, estas salidas no funcionan pues la oferta de campos es casi fija: los hospitales, camas y docentes no pueden crecer a la misma velocidad que la continua sobre-demanda de los estudiantes practicantes o residentes. Como resultado se produce la saturación de los hospitales y una sobre-utilización de sus recursos asistenciales y docentes. No hay un desfogue de la franja “sobrante” hacia otros ámbitos sino más bien la turgurización y el empobrecimiento de la calidad de la enseñanza-aprendizaje.

---

<sup>2</sup> Arroyo, Juan. Gobernabilidad con desempeño y desarrollo humano. Informe País sobre Recursos Humanos a la Reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud, Toronto, octubre del 2005.

## El vértice del iceberg de los practicantes: internos y residentes

Todo el panorama de los campos clínicos que vamos a reseñar está sobredeterminado por este profundo desequilibrio oferta-demanda. Los hospitales, camas y docentes asistenciales no se han incrementado tanto como las universidades, alumnos de los pregrados e institutos, internos y residentes, que dan forma a olas superpuestas y desordenadas de ocupación temporal de los nosocomios. El punto de equilibrio ha sido rebasado de lejos.

Es necesario aclarar que este fenómeno no compromete por igual a todas las regiones del país. Hay tres tipos de regiones en cuanto a la oferta y demanda de campos clínicos: a) las que no tienen este problema porque no tienen facultades de ciencias de la salud o tienen pocas facultades (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Moquegua, Pasco, Amazonas, Tumbes y Madre de Dios); b) las que viven ya el desequilibrio oferta-demanda de campos de práctica en forma crítica, que son 6 capitales de departamentos del país donde se concentran los estudiantes en salud (Lima, Callao, Ica, Arequipa, Junín, Tacna y La Libertad); y c) la franja intermedia de regiones con todavía mayor oferta que demanda de campos clínicos, pero que lo ven venir.

El panorama nacional es el siguiente: el III Censo de Infraestructura Hospitalaria del año 2005<sup>3</sup> reveló que el Perú cuenta con 448 institutos especializados, hospitales y clínicas en el sector salud. De este total, los que se utilizan para campos de práctica son los 147 hospitales del Ministerio de Salud, los 79 de ESSALUD y los 21 de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. Es cierto que hay más de 6,069 establecimientos de primer y segundo nivel en el MINSa, pero éstos se usan marginalmente como campos de prácticas por el modelo medicalizado, hegemónico en la formación en salud.

De otro lado, estos tres subsistemas sumaron el 2,005 la cantidad de 24,557 camas del total de 31,431 camas existentes en el país y fueron el escenario del trabajo de alrededor de 90,000 personas. El 2,005 laboraban en los institutos y hospitales del MINSa 54,261 personas, que representaban el 60% del personal del MINSa, entre ellas 8 mil 657 médicos, 7 mil 191 enfermeros y 1,664 obstetrices.<sup>4</sup> El 2,004 laboraban en los establecimientos de ESSALUD un total de 35,479 personas, entre ellas 28,793 asistenciales y 6,686 administrativos.<sup>5</sup> En los 147 hospitales del MINSa se produjeron el año 2,004 un total de 7 millones 445 mil 894 atenciones en los servicios de consultorios externos para 2 millones 729 mil 217 personas atendidas.<sup>6</sup> En los 341 establecimientos de EsSALUD se produjeron el año 2,004 un total de 12´400,696 consultas externas para 3´323,201 consultantes.<sup>7</sup>

Mientras todo este volumen de profesionales, trabajadores y pacientes trata diariamente de concretar consultas y atenciones, ingresan a dichos espacios, a la vez, miles de estudiantes para hacer sus prácticas de pregrado y postgrado.

Si sumamos todos los ingresantes 2003 a los estudios de medicina (2,811), enfermería (5,237) y obstetricia (2,176), totalizan una cohorte de 10,224 “cachimbos” o nuevos estudiantes. Ese mismo año 2003 los egresados de medicina fueron 1,165, los de enfermería 1,617 y los de obstetricia 729, los que sumados dan 3,511 egresados. Se puede apreciar que los ingresantes son 2.9 veces los egresados. Tres años más tarde estos

<sup>3</sup> MINSa. Diagnóstico Físico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Lima, MINSa, julio 2006.

<sup>4</sup> MINSa, ibidem, 2006.

<sup>5</sup> EsSALUD. Memoria Institucional 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

<sup>6</sup> MINSa. Diagnóstico Físico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Lima, MINSa, julio 2006, pag. 99.

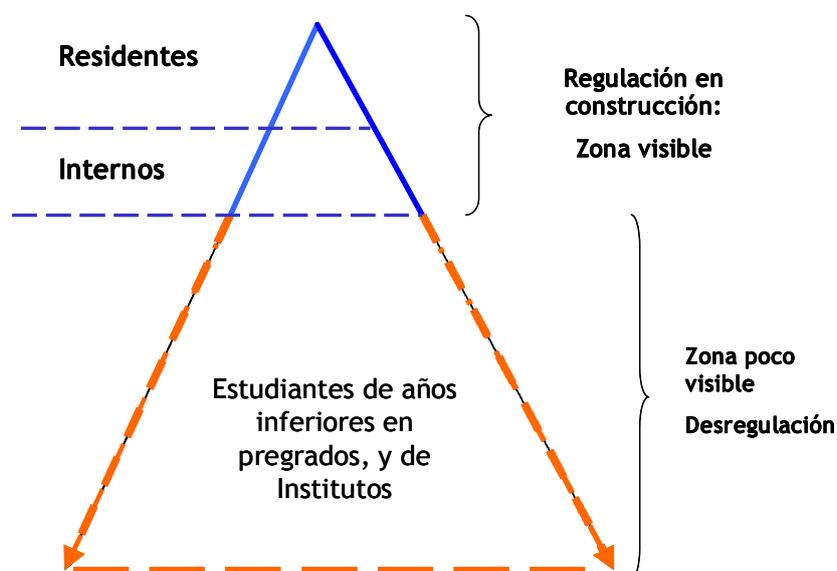
<sup>7</sup> EsSALUD. Boletín Anual 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

ingresantes han comenzado a introducirse a los institutos y hospitales, y en algunos casos antes. Pero siempre los tres últimos años de estudios de pregrado implican muchas prácticas en nosocomios, con lo cual estamos hablando de una ocupación de campos de prácticas por tres cohortes que suman 30,672 alumnos de estas tres carreras. Esta masa flotante de practicantes no incluye a los estudiantes de otras profesiones de salud ni tampoco a los alumnos de los Institutos Superiores Tecnológicos, que son muchos más, a los que hay que añadir los internos y los residentes.

En el año 2003 los Institutos Tecnológicos Superiores tuvieron a 389 mil matriculados. De los 942 Institutos Superiores Tecnológicos existentes, 372 (39%) ofrecían carreras técnicas en salud. Datos de fines de 1997 indicaban la existencia de 194,972 matriculados en los Institutos Superiores Tecnológicos en todo el Perú. Esto es, en apenas siete años se han multiplicado en 1.95 veces, casi al doble. En 1997 el 17,16% de los ingresantes eran para carreras técnicas en salud y había 38,340 matriculados en enfermería técnica, sin contar las otras carreras técnicas. Proyectada esta cifra para hoy, estaríamos ante más de 74,763 estudiantes de enfermería técnica, fuera de las otras carreras técnicas en salud.

Evidentemente no hay ningún sistema de sedes docentes que soporte esta enorme ocupación de practicantes, menos aún si ésta es desordenada, como actualmente. Esto explica, en gran parte, la dinámica de los campos clínicos, fruto de un patrón de utilización que sobre-explota los recursos hospitalarios muy por encima de las tasas compatibles con un buen proceso enseñanza - aprendizaje y un proceso formativo engarzado a una atención de calidad. Son evidentes las limitaciones de los 4,805 docentes de medicina, enfermería y obstetricia, en este contexto, para poder conducir procesos tutoriales de aprendizaje, en medio de esta cohabitación de universidades en los mismos hospitales y pabellones y una renegociación continua de los espacios de formación.

### VÉRTICE Y BASE DEL ICEBERG DE CAMPOS CLÍNICOS

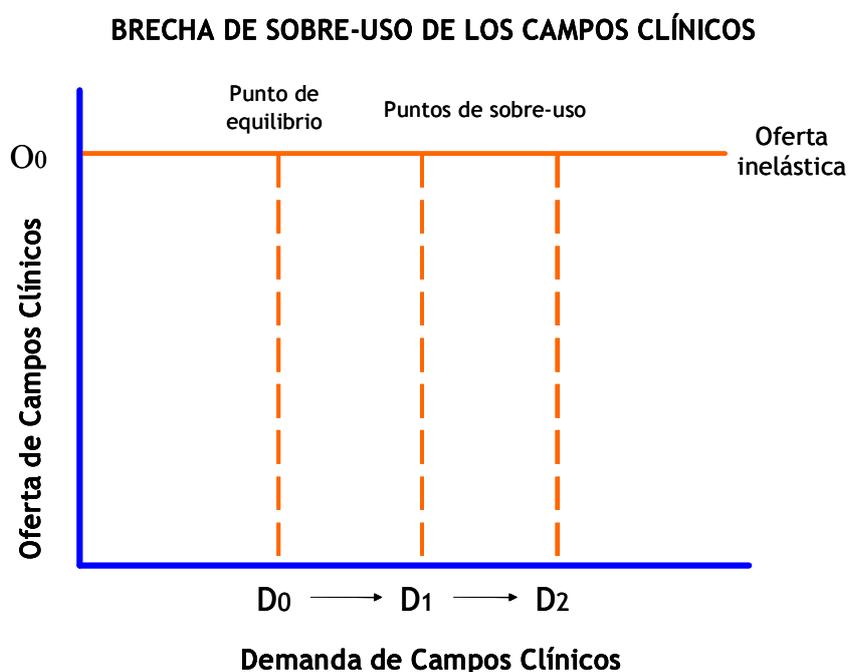


La parte visible del iceberg son los 1,974 internos y los 1,475 residentes de medicina, de tal forma que el tema de los campos clínicos suele tratarse como sinónimo de internos y residentes, ciertamente su faceta más conocida, pero no la de mayor calibre y mayor desregulación. Los organismos reguladores se han solido centrar en el procesamiento de la selección de internos y residentes, terrenos en los cuales siempre la “oferta efectiva” es menor que la “oferta disponible” por razones presupuestales. En el terreno de los internos y residentes se puede decir, entonces, que hay muchos problemas y hay aún una situación de empate entre regulacionistas y desregulacionistas, pero en el terreno de los estudiantes universitarios de años menores y de los institutos, la cosa es peor y hay casi una completa desregulación, al punto que respecto a estos últimos, nadie sabe aún de cuantos se trata, incluidos los funcionarios del Ministerio de Educación, encargado de su regulación.

Ciertamente todo esto era previsible desde que a mediados de los 90 se dieran la Ley 26439 (29/01/1995) de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y el Decreto Legislativo N° 882 (08/11/1996) de Promoción de la Inversión Privada en la educación, que alentaron la multiplicación de universidades y facultades más allá del límite de si había trabajo o no para sus egresados. Ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 de ellas privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años. Las consecuencias se ven ahora.

### Microeconomía de los campos de práctica: la observación de los cuerpos

Todo hospital o sede docente tiene una “capacidad instalada” de campos de práctica. Si la norma dice que deben existir mínimo 5 camas por interno y un docente por cada 8 alumnos, deberíamos deducir que sobre un total de 24,557 camas hospitalarias en Lima-Callao habría una “disponibilidad máxima” de espacio docente asistencial para 4,960 practicantes, para los cuales las universidades respectivas tendrían que asignar mínimo 620 docentes. Esto no se cumple así.



Evidentemente la fórmula de la disponibilidad de espacios es más compleja y tiene más variables, pues en algunas especialidades como dermatología, oftalmología y otras también se usan los consultorios externos u otros espacios, pero sea como fuere, en la práctica el punto de equilibrio hospitalario, de encuentro óptimo oferta-demanda, es constantemente rebasado.

El estudio demuestra que cuando en un hospital sólo hay una universidad, las cosas son más ordenadas, siendo la “cohabitación” entre universidades un factor de multiplicación de los problemas. De nuestra muestra, sólo uno, el hospital Cayetano Heredia, es “monopólico”, con una sola universidad; los demás tienen de 2 a 6 universidades.

Dado que el rebasamiento de la capacidad instalada hospitalaria es la regla, la única explicación posible es la existencia de incentivos para la superposición de convenios. Es esta dinámica de incentivos y desincentivos, ganancias y pérdidas, entre los hospitales y las universidades lo que denominamos microeconomía de los campos clínicos.

En realidad los campos clínicos entrecruzan dos procesos de “producción de servicios”: el de “producción de atenciones de salud” y el de “producción de aprendizajes”.

Las universidades e institutos aprovechan la capacidad instalada y el proceso de producción de servicios de los nosocomios para instalar en ellos su propio proceso de “producción de aprendizajes” de futuros egresados y titulados. Todo el proceso de formación a través de las prácticas en hospitales en cierta medida es un paquete pedagógico de observaciones participantes y no participantes y en el caso más claro de los internos y residentes, un entrenamiento en la intervención misma.

En otras palabras, en el lenguaje foucaultiano, los convenios permiten a las universidades e institutos el acceso a la observación e intervención sobre los cuerpos de los pacientes. Es verdad que los alumnos ven más cosas en los nosocomios: la gestión, los procesos, los instrumentos, el funcionamiento general de los hospitales. Pero los cuerpos son, para el modelo médico hegemónico, el motivo central del acercamiento entre los dos mundos firmantes de los convenios, uno que da el pase y el otro que otorga compensaciones en retribución. Curiosamente, los dueños de los cuerpos no se enteran del intercambio, aunque si resienten del doble proceso que recae sobre ellos: en la encuesta tomada a los pacientes, el 67% de los pacientes encuestados respondieron que el alumno nunca pidió permiso para poder examinarlos, el 65% manifestó que nunca los alumnos se identificaron antes de examinarlos y el 45% declaró haberse sentido incómodo al ser examinado por los estudiantes.

Evidentemente los hospitales buscan beneficios compensatorios para permitir este tránsito de una población flotante estudiantil, y la microeconomía de los campos de práctica incluye incentivos y beneficios formales e informales. Los formales figuran en los convenios, pero los informales configuran una economía discrecional en los márgenes, que es difícil de regular.

Esta microeconomía de los campos de práctica reconfigura el balance económico-financiero efectivo del hospital. Los hospitales son bienes públicos y su dinámica económica tiene todas las rigideces del modelo burocrático, contando con un inventario patrimonial o margesí, pecosas para tramitaciones de bienes, planillas, formatos para solicitudes, proveídos y resoluciones, pero junto a este flujo institucionalizado circulan el presupuesto adicional para infraestructura, reequipamiento y mantenimiento propiciado por los campos, el nuevo volumen de horas efectivas de la fuerza de trabajo adicional y los ingresos suplementarios de los profesionales asistenciales docentes.

Los campos de práctica inciden sobre los ambientes y equipos hospitalarios: originan un desgaste de instalaciones y equipamiento, pero también facilitan ampliaciones en infraestructura y el re-equipamiento, que los hospitales colocan en los convenios con las universidades. A falta de un presupuesto para estos rubros, la ocupación estudiantil otorga argumentos a los hospitales para dotarse de un presupuesto al respecto mediante los convenios.

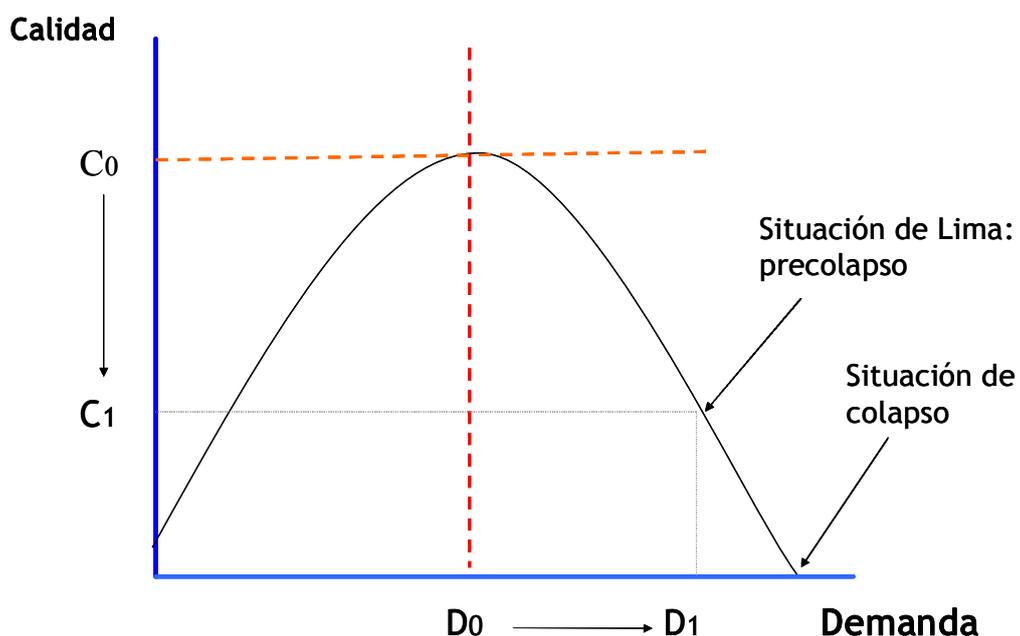
Pero los campos también reordenan el volumen efectivo de la fuerza de trabajo, con un adicional de horas de practicantes, sobre todo de internos y residentes, aunque también restando horas del personal asistencial-docente. La micro-economía de los campos clínicos introduce además el trabajo no remunerado: es probable que el valor generado por esta masa estudiantil sea muy superior a lo que se les paga, por no hablar del trabajo gratuito de las plazas no remuneradas en internado.

En las relaciones entre los hospitales y las universidades no se sabe sin embargo si existe un intercambio de equivalentes o si hay un subsidio cruzado y en qué sentido. Lo ideal sería que todas las partes ganasen, incluyendo no sólo al personal docente sino a los alumnos y a los pacientes. El estudio ha verificado que en muchos casos ambas instituciones, universidades y hospitales, ganan un valor agregado, en términos de competencias desarrolladas por los alumnos y en términos del plusvalor derivado de una actividad docente-asistencial así como de una modernización continua en los hospitales.

El tema conflictivo es que no existe un balance claro del saldo neto fruto del cruce de los dos procesos de producción y si bien es claro que algunas universidades e institutos solventan con creces, en retribución, con obras, equipos y servicios, ello no es así en todos los casos. Cuando no hay cohabitación, los intereses de todos se alinean más fácilmente con el interés común porque todos usufructúan los bienes públicos y los actualizan a sabiendas de quienes los usarán después. Pero cuando hay una cohabitación, y ésta no es ordenada, existe un terreno a la discrecionalidad que puede afectar los bienes públicos, constituidos por el volumen de activos hospitalarios pero también por el volumen de horas de atención en el nivel de calidad exigido por las normas.

Cuando los alumnos practicantes exceden con creces la capacidad instalada, los costos del sobre-desgaste físico y de la baja calidad de atención y de los aprendizajes, son pagados por pacientes y alumnos. En estas situaciones el terreno de los campos de práctica rebasa incluso la lógica normada de los recursos directamente recaudados.

### EVOLUCION DE LA CALIDAD Y LA DEMANDA



## Actores regulacionistas versus actores desregulacionistas

El estudio revela no sólo una guerra de posiciones entre las universidades al interior de los hospitales con “cohabitación”, sino también una larga confrontación entre regulacionistas y desregulacionistas en el campo de la formación en salud en el Perú.

En realidad los actores regulacionistas surgieron mucho antes que los desregulacionistas, en los 60 y 70, y en los 90 encontraron una corriente aliada, la del gerencialismo por la calidad. La alianza entre ambas y con las directivas de los colegios profesionales, interesadas en limitar el crecimiento de egresados, ha venido produciendo planteamientos de regulación en los últimos diez años, en un contexto de hegemonía en el Estado de la desregulación.

Ha habido tres etapas en la historia de la regulación de los campos clínicos: 1) la que abarcó las décadas de 1960 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque intervencionista; 2) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y 3) la etapa 2000-2006, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, pero en una confrontación permanente y de pronóstico reservado entre los actores regulacionistas y los desregulacionistas.

El ejemplo por excelencia de la primera etapa fue el Consejo Universitario de la Universidad Peruana (CONUP). En el tema de los campos clínicos esta etapa generó CONAREME, que expresa desde sus orígenes lo que hemos denominado la regulación del “deber ser”, esto es la vertiente de construcción de la regulación desde una mirada normativa de los campos clínicos y de la formación. La reivindicación de la planificación y gestión de los campos clínicos, la idea fuerza de sistema y la bandera de la autoridad ante el desorden, son tres características de esta corriente.

En los 90 el patrimonialismo, siempre reacio a esta racionalidad sistémica, encontró un aliado en el enfoque de mercado, que entre 1995 y 1996 abrió las compuertas para que se multiplicasen aún más las entidades educativas en salud. Hasta ahí los congresistas generaban sin mayor fundamento nuevas universidades públicas, buscando votos. Desde entonces, algunos empresarios empezaron a generar universidades privadas. Entre ambos generaron tal desorden que, en reacción, en la segunda mitad de los 90 los colegios profesionales comenzaron a exigir una regulación, naciendo CAFME.

Comenzó a sí a formarse el actual “bloque histórico” regulacionista, que es una alianza de la antigua corriente normativa, con la nueva corriente gerencialista sobre la calidad y con las dirigencias corporativas, interesadas en limitar el número, condición de conservación del estatus profesional.

Si en pleno apogeo de las concepciones intervencionistas del Estado en los 70 éste no había podido asumir por sí solo la regulación de la formación, menos aún ha podido ser el gran protagonista, solo, en esta reconstrucción de la regulación. Más bien ésta viene surgiendo desde los actores sociales de las profesiones de salud, que se autorregulan y/o cogestionan la regulación luego de elevar sus propuestas al Estado y conseguir su aprobación. Este es el caso de las intervenciones de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, del Colegio Médico del Perú, del Colegio de Enfermeros, del Colegio de Obstetras, de muchas Facultades con actuación destacada en este campo, y de agencias de cooperación y ENIEXs, que han venido apoyando el surgimiento de iniciativas, como el Proyecto AMARES, OPS, Pathfinder, DFID y otras.

Se ha generado así entre 1998 y el 2006 un abanico de actores regulacionistas, que vienen luchando por reconstruir la regulación en el campo de la formación en salud, en una confrontación con los actores desregulacionistas, una parte de los cuales son actores

depredadores de la situación generada por la fragmentación y la primacía de intereses particulares, pues canalizan a su favor, como renta a usufructuar, la expectativa por la educación como vehículo de movilidad social y la inexistencia de una voz suficiente para defender los bienes públicos.

## CAPÍTULO 2. LA OFERTA Y DEMANDA DE CAMPOS DE PRÁCTICA PARA LA FORMACIÓN EN SALUD EN EL PERÚ

Es evidente que el desequilibrio general entre el mundo de la formación y el mundo del trabajo es la base explicativa de lo que acontece en los campos de práctica de la formación en salud en el Perú. Hay más egresados que plazas de trabajo en salud y ello desemboca en el subempleo y la migración.

Lo que vamos revisar en este apartado son diferentes facetas de otro desequilibrio, esta vez entre la oferta de campos de práctica y la sobre-demanda derivada del incremento estudiantil de pregrado y posgrado. La multiplicación de facultades de ciencias de la salud produce estudiantes practicantes, internos y residentes muy por encima de la disponibilidad de campos de práctica.

Si, decíamos, se ha perdido el gobierno sobre la formación en salud y ésta se autorregula pero sin un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones, pasa igual con los campos de práctica, que se han convertido en escenarios desordenados de una confrontación desinstitucionalizada entre actores regulacionistas y actores depredadores de la situación.

En este capítulo vamos atender a las dimensiones cuantitativas del problema, que obedecen a unas matemáticas simples: los hospitales, camas y docentes asistenciales no se han incrementado tanto como las universidades, alumnos de los pregrados e institutos, internos y residentes, que dan forma a olas superpuestas y desordenadas de ocupación temporal de los nosocomios.

En el capítulo siguiente atenderemos a las dimensiones cualitativas del problema, en particular a la difícil construcción de la regulación por parte de los actores, sin una institucionalidad fuerte que les sirva de punto de apoyo, lo que determina que exista más auto-regulación de las propias profesiones y facultades y co-regulación entre éstas y el Estado, que regulación desde el Estado.

Suscintamente, hay una oferta de 448 institutos especializados, hospitales y clínicas en el sector salud, de los cuales se utilizan para campos de práctica los 147 hospitales del Ministerio de Salud, los 79 de ESSALUD y los 21 de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. No se suelen usar los establecimientos de primer y segundo nivel por el modelo medicalizado, hegemónico en la formación en salud. Esta oferta de campos incluye la cantidad de 24,557 camas del MINSA, ESSALUD y Sanidades, del total de 31,431 camas existentes en el país, así como los procesos de atención a ser observados o co-atendidos por los practicantes, que involucran a alrededor de 90,000 personas trabajando y 6 millones de consultantes. El 2,005 laboraban en los institutos y hospitales del MINSA 54,261 personas, que representaban el 60% del personal del MINSA, entre ellas 8 mil 657 médicos, 7 mil 191 enfermeros y 1,664 obstetrices. El 2,004 laboraban en los establecimientos de ESSALUD un total de 35,479 personas, entre ellas 28,793 asistenciales y 6,686 administrativos.<sup>8</sup> En los 147 hospitales del MINSA se produjeron el año 2,004 un total de 7 millones 445 mil 894 atenciones en los servicios de consultorios externos para 2 millones

---

<sup>8</sup> EsSALUD. Memoria Institucional 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

729 mil 217 personas atendidas.<sup>9</sup> En los 341 establecimientos de EsSALUD se produjeron el año 2,004 un total de 12'400,696 consultas externas para 3'323,201 consultantes.<sup>10</sup>

Mientras todo este volumen de profesionales, trabajadores y pacientes trataba diariamente de concretar consultas y atenciones, ingresaban a dichos espacios, a la vez, miles de estudiantes para hacer sus prácticas de pregrado y postgrado.

Si sumamos todos los ingresantes 2003 a los estudios de medicina (2,811), enfermería (5,237) y obstetricia (2,176) totalizan una cohorte de 10,224 “cachimbos” o nuevos estudiantes. Tres años más tarde estos ingresantes comienzan a introducirse a los institutos y hospitales, y en algunos casos antes. Pero siempre los tres últimos años de estudios de pregrado implican muchas prácticas en nosocomios, con lo cual estamos hablando de una ocupación de campos de prácticas por tres cohortes que suman 30,672 alumnos de estas tres carreras. Esta masa flotante de practicantes no incluye a los estudiantes de otras profesiones de salud ni tampoco a los alumnos de los Institutos Superiores Tecnológicos, que son muchos más, a los que hay que añadir los internos y los residentes. En el año 2003 los Institutos Tecnológicos Superiores tuvieron a 389 mil matriculados. De los 942 Institutos Superiores Tecnológicos existentes, 372 (39%) ofrecen carreras técnicas en salud.

Evidentemente no hay ningún sistema de sedes docentes que soporte esta enorme ocupación de practicantes, menos aún si ésta es desordenada, como actualmente. Esto explica, en gran parte, la dinámica de los campos clínicos, fruto de un patrón de utilización que sobre-explota los recursos hospitalarios muy por encima de las tasas compatibles con un buen proceso enseñanza - aprendizaje y un proceso formativo compatible con una atención de calidad.

En este capítulo mostraremos sólo un aspecto de este problema: el enorme desequilibrio entre la oferta inelástica de campos y la demanda explosiva de los mismos.

## **2.1. El perfil de la oferta de los servicios de salud, escenarios de las prácticas de formación en salud.**

En realidad parte de la calidad de los procesos enseñanza-aprendizaje en los campos clínicos depende del perfil de la oferta hospitalaria del país, que es el escenario de los campos de práctica en la formación en salud.

Se puede observar de manera general que en la etapa 1990-2006 el número de establecimientos hospitalarios, camas y equipamiento hospitalario no ha variado tanto como la creciente demanda de campos de práctica en ellos, lo que ha abierto un desequilibrio oferta-demanda en la formación en salud.

### **2.1.1 Los establecimientos: Hospitales, Institutos y Clínicas.**

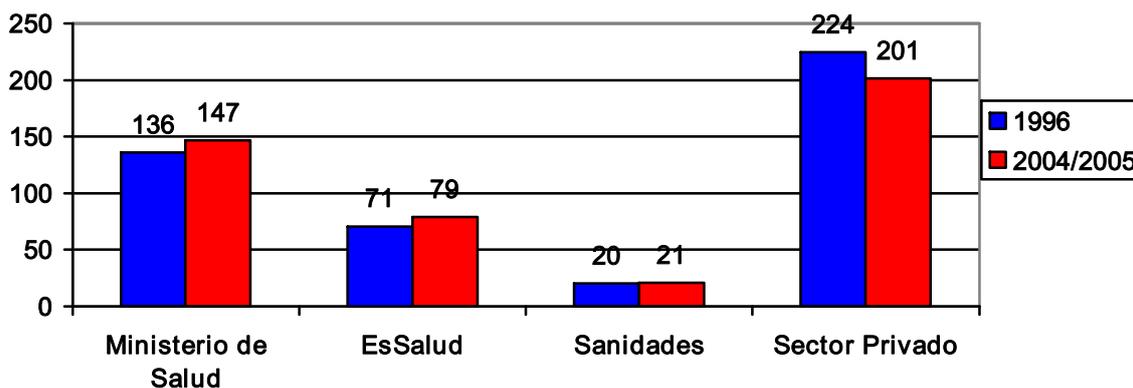
Conforme a los datos últimos disponibles, provenientes del III Censo de Infraestructura Sanitaria de Hospitales del año 2005, el Perú cuenta con 448 institutos especializados, hospitales y clínicas en el sector salud. De este total, 147 hospitales (32,8%) corresponden al Ministerio de Salud, 79 (17.6%) a ESSALUD, 21 (4.7%) a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y 201(44.9%) al sector privado.

---

<sup>9</sup> MINSA. Diagnóstico Físico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Lima, MINSA, julio 2006, pag. 99.

<sup>10</sup> EsSALUD. Boletín Anual 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

Figura N°1. Perú, Número de Hospitales por instituciones, 1996 - 2004/2005.



Fuente: III Censo de Infraestructura Sanitaria de Hospitales 2005.

Estos 448 hospitales o establecimientos de mayor complejidad son los escenarios de las prácticas en la formación de pregrado y postgrado en salud, en particular los 247 del MINSA, ESSALUD y las Sanidades.

Es bueno advertir que la oferta hospitalaria de campos clínicos del MINSA es centralmente urbana y costeña: de los 147 hospitales e institutos del MINSA, el 90% se ubica en zonas urbanas, el 7% en las zonas urbano-marginales y sólo el 3% en las zonas rurales. Estos hospitales e institutos tienen un total de 15,730 camas distribuidas mayormente en la costa.

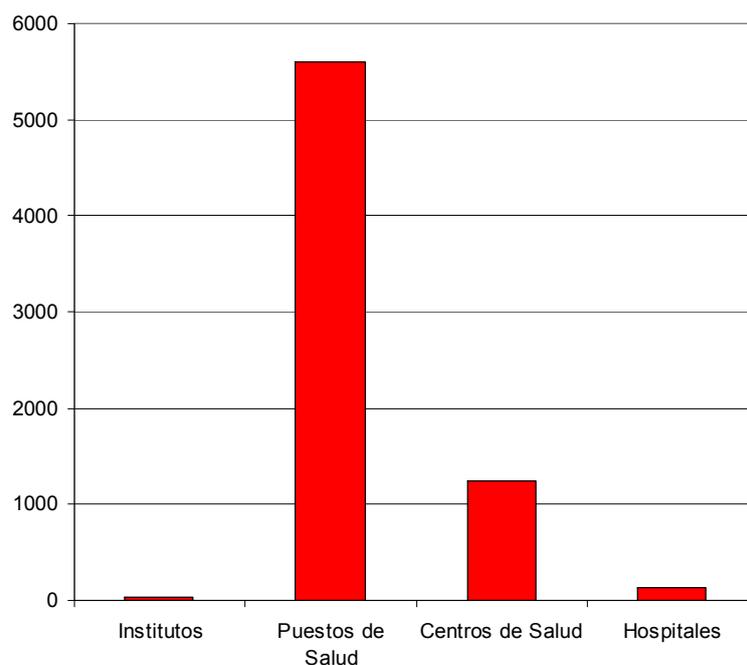
Se trata de nosocomios antiguos: el 75% de los hospitales e Institutos superan los 25 años y un 4% de ellos tienen más de un siglo.

De otro lado se ha evaluado por el Programa Nacional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (PRONIEM/DGIEM) que 32 de los llamados "hospitales" no reúnen los requisitos, en términos de capacidad de resolución y nivel de complejidad, para calificar como hospitales de II y III nivel de atención de la salud.

El estudio del PRONIEM/DGIEM, hecho sobre una muestra de 14 hospitales, reveló que la inversión necesaria por cama es de 90,000 dólares, requiriéndose en el mediano plazo una ampliación de 2,104 camas, representando una inversión de 189 millones de dólares.

Por último, el modelo medicalizado de formación hace que se utilicen mayoritariamente los institutos y hospitales y no los establecimientos periféricos, salvo excepciones. Paradójicamente, han sido los servicios de atención primaria los que han crecido. En el caso del Ministerio de Salud, se hace evidente el predominio de establecimientos correspondientes al primer nivel de atención (puestos y centros de salud).

**Figura N°2. Número de Establecimientos del MINSA según nivel de complejidad, 2005**



Fuente: MINSA, 2005

### 2.1.2 Las camas hospitalarias en hospitales e Institutos.

De acuerdo a los estándares aprobados por CAFME, cada Facultad debe acreditar que brinda acceso a sus internos a un mínimo de 5 camas hospitalarias. En este sentido es importante dimensionar la capacidad instalada de camas de los campos clínicos del país.

De acuerdo a los datos disponibles el total de camas hospitalarias en el sistema de salud peruano es de 31,431, cifra superior a la encontrada en el censo de 1996 (26,214 camas).

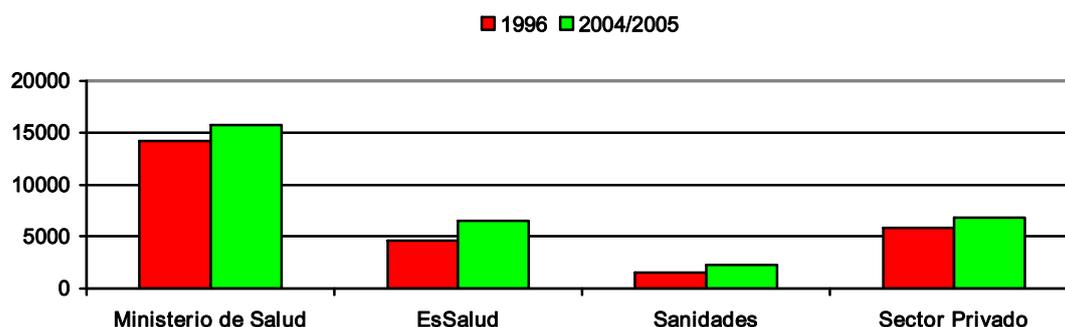
**Tabla N°1. Perú: Camas hospitalarias en 1996 y 2004/2005**

Institución	1996		2004/2005		Variación 1996-2004/2005	
	N° Camas hospitalarias	%	N° Camas hospitalarias	%	Absoluta	Porcentual
<b>Total</b>	<b>26214</b>	<b>100.0</b>	<b>31431</b>	<b>100.0</b>	<b>5217</b>	<b>19.9</b>
MINSA	14225	54.3	15730	50	1505	10.6
EsSalud	4590	17.5	6520	20.7	1930	42.0
Sanidades	1548	5.9	2307	7.6	849	54.8
Privado	5851	22.3	6784	21.6	933	15.9

Fuente: II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 1996, III Censo de Infraestructura Sanitaria de Hospitales 2005, y MINSA: Comisión de Proyectos Hospitalarios - Subcomisión de Oferta; recopilados en: MINSA - Diagnóstico Físico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud, Julio 2006, disponible en [http://www.minsa.gob.pe/portal/Comisiones/Hospitales/presenta\\_cph.htm](http://www.minsa.gob.pe/portal/Comisiones/Hospitales/presenta_cph.htm), consultado el 13/01/07, 19:35 horas.

Se evidencia que el 50.0% de las camas hospitalarias corresponden al Ministerio de Salud, y el 20,7% a ESSALUD, los dos espacios más grandes de prácticas formativas en salud.

Figura N°3. Perú: Camas hospitalarias en funcionamiento, 1996 y 2004/2005



Revisando la información del censo sobre áreas construidas y camas funcionales de los hospitales, se puede observar que hay hospitales bastante amplios, con áreas construidas extensas, como el Hospital Honorio Delgado de Arequipa o el Hospital Carrión de El Callao, que tienen 139,3 y 122,7 metros cuadrados por cama respectivamente, y hospitales más reducidos en su infraestructura, como el Sergio Bernales de Lima o el Hospital Regional del Cusco, con 42,2 y 33,7 metros por cama.

Tabla N°2. Perú: Áreas construidas, camas funcionales y metraje por cama de Hospitales, 2004/2005

Hospital	Área construida	Camas funcionales	m <sup>2</sup> /cama
Hospital Nacional Daniel A Carrión - Callao	48,491.0	348.0	139.3
Hospital Honorio Delgado - Arequipa	57,792.0	471.0	122.7
Hospital de Apoyo Yurimaguas	7,050.0	68.0	103.7
Hospital Belén - Trujillo	22,787.9	232.0	98.2
Hospital Maria Auxiliadora - Lima	26,851.3	274.0	98.0
Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima	29,216.3	302.0	96.7
Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa - Lima	5,363.5	56.0	95.8
Hospital de Apoyo Chepen - Trujillo	7,839.0	82.0	95.6
Hospital Huacho-Huaura-Oyón	14,568.0	158.0	93.4
Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca	13,195.6	11.0	87.4
Hospital Hipólito Unanue - Lima	40,178.0	561.0	71.6
Hospital Manuel Angel Higa Arakaki - Satipo	1,818.0	26.0	69.5
Hospital Madre Niño San Bartolomé - Lima	13,092.1	199.0	65.8
Hospital Hermilio Valdizán - Lima	14,404.7	240.0	60.0
Hospital El Carmen - Huancayo	5,890.4	100.0	58.9
Hospital de Apoyo JAMO - Tumbes	8,114.4	140.0	58.0
Hospital Arzobispo Loayza - Lima	38,013.7	725.0	52.4
Hospital Daniel A. Carrión - Huancayo	8,975.7	179.0	50.1
Hospital Las Mercedes - Chiclayo	9,829.0	211.0	46.6
Hospital Regional Docente - Trujillo	19,821.0	450.0	44.1
Hospital Sergio Bernales - Lima	16,833.3	399.0	42.2
Hospital Regional del Cusco	17,306.2	514.0	33.7

### **2.1.3 La producción de servicios de hospitales e institutos del MINSA.**

Los hospitales del MINSA cuentan con un espacio de prácticas de formación menos aprovechado, el de los consultorios externos. Actualmente hay 2,713 consultorios físicos, 70% de los cuales han sido diseñados específicamente para este uso. Únicamente el 69% de estos consultorios se encuentra en estado de conservación aceptable, según PRONIEEM.

El porcentaje de ocupación de camas, que incide sobre la tasa de pacientes por alumno, fue del 42% en la muestra del estudio del PRONIEEM/DGIEM. El censo 2005 mostró que este porcentaje era del 60.9% en el universo. El número de egresos hospitalarios fue de 633,681 a nivel de todos los hospitales MINSA.

En cuanto a servicios quirúrgicos, el Ministerio de Salud cuenta con 377 salas de operaciones, 42% de ellas en Lima Metropolitana. Del total, 293 (78%) corresponden a ambientes expresamente construidos para este uso. 256 (87%) de estas salas están en condiciones aceptables.

El censo reveló, adicionalmente a los aportes del estudio del PRONIEEM/DGIEM, que en el año 2005 los hospitales efectuaron 8'698,410 atenciones, un 24% de ellas en los servicios de urgencias y emergencias.

Igualmente permitió conocer que en los diferentes servicios de los consultorios externos de los hospitales del MINSA en los años 2004/2005 se desarrollaron un total de 7 millones 445 mil 894 atenciones, lo que representa un incremento de 59.6% respecto a 1996. De este total el 36,3% corresponde al servicio de medicina, el 29,6% a cirugía, el 19,8% a gineco-obstetricia y el 14,3% a pediatría.

En los consultorios externos de los Hospitales del MINSA en esos años se atendió a 2 millones 729 mil 217 personas.

Los servicios de emergencia de los hospitales del MINSA, según el censo, realizaron 1 millón 997 mil 621 atenciones. De este total 41,4% fueron en el servicio de medicina, 20,3% en el de pediatría, 20,0% en gineco obstetricia y 18,3% en cirugía.

El número total de intervenciones quirúrgicas en los hospitales del MINSA fue de 110,360. Las cirugías mayores totalizaron 77,027. En cuanto a procedimientos quirúrgicos obstétricos, fueron un total de 105,515 de los cuales las cesáreas representaron 63,062 y los legrados 36,236.

El MINSA cuenta con 8,657 médicos y 12,364 profesionales de la salud, sobre un total de 53,991 personas que laboran en los servicios asistenciales de salud.

## 2.2. La oferta de campos clínicos de pregrado por institución prestadora.

### 2.2.1 La oferta de plazas para internado en el MINSA.

La oferta de campos clínicos para el internado en el Ministerio de Salud se canaliza, en el caso de la formación médica, a través de vacantes remuneradas y no remuneradas. La oferta de plazas rentadas para internado en Lima y Callao, cuyos fondos administra recientemente el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, es de 499 plazas.

**Tabla N°3. Plazas Remuneradas de Internado de Medicina, Ministerio de Salud, 2006**

	<b>Universidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>% acum.</b>
	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	139	27.86	27.86
	Universidad de San Martín de Porres	112	22.44	50.30
	Universidad Nacional Federico Villarreal	100	20.04	70.34
	Universidad Peruana Cayetano Heredia	82	16.43	86.77
	Universidad Ricardo Palma	17	3.41	90.18
	Universidad Nacional San Luís Gonzaga de Ica	16	3.21	93.39
	Universidad Nacional del Centro del Perú	13	2.61	95.99
	Universidad Privada Los Andes	8	1.60	97.60
	Universidad San Juan Bautista	5	1.00	98.60
	Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	3	0.60	99.20
	Universidad Científica del Sur	2	0.40	99.60
	Universidad Privada de Tacna	2	0.40	100.00
	<b>Total</b>	<b>499</b>	<b>100.00</b>	

Fuente: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH)  
Elaboración propia

Se puede observar que las facultades de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad de San Martín de Porres, Universidad Nacional Federico Villarreal y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en ese orden, tienen el mayor número de plazas rentadas de internado.

Las plazas remuneradas de internado son distribuidas por igual entre las universidades privadas y públicas, conforme puede observarse.

**Tabla N°4. Plazas Remuneradas de Internos de Medicina con Presupuesto IDREH, según tipo de universidad, 2006.**

Gestión	N°	%
Universidades Públicas	271	54.31
Universidades Privadas	228	45.69

Fuente: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.  
Elaboración propia

Examinando la distribución de las plazas rentadas de internado por hospitales o sedes docentes es posible observar que en Lima-Callao el mayor número de plazas remuneradas se encuentra en los Hospitales Loayza, Carrión, Unanue, Sergio Bernales y Dos de Mayo.

En cada una de estas sedes docentes se ha venido dando una distribución de plazas entre las universidades públicas y privadas, sin criterios normados previamente, sea por criterios históricos, por la presencia de las universidades en cada sede docente y por la cercanía de cada hospital con universidades específicas.

**Tabla N°5. Plazas Remuneradas de Internos de Medicina con Presupuesto IDREH, según Sede Docente, en Lima-Callao, Ministerio de Salud, 2006**

Sedes Docentes	Universidad Pública	Universidad Privada	Total
Instituto Especializado de Salud del Niño	15	12	27
Hospital San José	10	14	24
Hospital Hipólito Unánue	35	11	46
Hospital de Apoyo Rezola Cañete	2	11	13
Hospital María Auxiliadora	16	9	25
Hospital Santa Rosa	6	4	10
Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa	13	2	15
Hospital Sergio Bernales	43	2	45
Hospital Daniel Alcides Carrión	40	14	54
Hospital Arzobispo Loayza	77	41	118
Hospital Nacional Docente San Bartolomé	6	0	6
Hospital Nacional Dos de Mayo	49	19	68
Hospital de Chancay	0	7	7
Hospital Nacional Cayetano Heredia	0	41	41

En la siguiente tabla puede apreciarse el cruce de las plazas rentadas de internados por universidades y por hospitales docentes, conforme a la distribución programada para el año 2006, confirmándose que las cuatro universidades con mayor número de plazas para internado son, como vimos, San Marcos, San Martín, Villarreal y Cayetano Heredia, y los hospitales con más plazas, el Loayza, Dos de Mayo, Unanue y Sergio Bernales.

**Tabla N°6. Plazas rentadas de internado médico en MINSA, por sede hospitalaria y número de vacantes ofertado, 2006**

Universidades	Institutos y Hospitales														Total
	Niño	San José	Unanue	Rezzola	Auxiliadora	Santa Rosa	Ulloa	Bernales	Carrión	Loayza	Bartolomé	DosMayo	Chancay	Cayetano	
San Marcos	7	4			2		4		30	52	6	34			<b>139</b>
San Martín		10	2	8	5	4	2	34	9	19		19			<b>112</b>
Villarreal	8	2	35		8		7			25		15			<b>100</b>
Cayetano	12									22			7	41	<b>82</b>
Ricardo Palma		4	8	3	1			1							<b>17</b>
Ica		4		1	2			2	7						<b>16</b>
Centro					2	6	2		3						<b>13</b>
Los Andes			1					2	5						<b>8</b>
Bautista					1			4							<b>5</b>
Sánchez Carrión				1	2										<b>3</b>
Científica Sur					2										<b>2</b>
Privada Tacna															<b>2</b>
	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>45</b>	<b>54</b>	<b>118</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>499</b>

**Hospitales:**

Niño Instituto Especializado de Salud del Niño  
 San José Hospital San José  
 Unanue Hospital Hipólito Unánue  
 Rezola Hospital de Apoyo Rezola Cañete  
 Auxiliadora Hospital María Auxiliadora  
 Santa Rosa Hospital Santa Rosa  
 Ulloa Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa  
 Bernales Hospital Sergio Bernales  
 Carrión Hospital Daniel Alcides Carrión  
 Loayza Hospital Arzobispo Loayza  
 Bartolomé Hospital Nacional Docente San Bartolomé  
 DosMayo Hospital Nacional Dos de Mayo  
 Chancay Hospital de Chancay  
 Cayetano Hospital Nacional Cayetano Heredia

**Universidades:**

San Marcos Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
 San Martín Universidad de San Martín de Porres  
 Villarreal Universidad Nacional Federico Villarreal  
 Cayetano Universidad Peruana Cayetano Herrera  
 Ricardo Palma Universidad Privada Ricardo Palma  
 Ica Universidad Nacional Juan Luis Gonzaga de Ica  
 Centro Universidad Nacional del Centro  
 Los Andes Universidad de Los Andes  
 Bautista Universidad Privada San Juan Bautista  
 Sánchez Carrión Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión  
 Científica del Sur Universidad Privada Científica del Sur  
 Privada Tacna Universidad Privada de Tacna

Haciendo un análisis del grado de concentración o sedes prioritarias para las universidades de Lima, especialmente de aquellas con mayor número de internos, se evidencia un alto nivel de concentración de los campos clínicos en el caso de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que tiene sus internos concentrados en el Hospital Cayetano Heredia y en el Hospital Loayza, y en menor medida de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Nacional Federico Villarreal, ambas en tres hospitales. En el otro extremo, la Universidad de San Martín de Porres muestra una amplia distribución de sus internos en 5 hospitales de Lima-Callao.

**Tabla N°7. Análisis de Hospitales Prioritarios por universidad para plazas remuneradas del internado, 2005<sup>a</sup>**

<b>Universidad Nacional Mayor de San Marcos</b>		
1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	52	
2. Hospital Nacional Dos de Mayo	34	
3. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	30	
		116 ( 84%)
<b>Universidad Nacional Federico Villarreal</b>		
1. Hospital Nacional Hipólito Unanue	35	
2. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	25	
3. Hospital Nacional Dos de Mayo	15	
		75 (75%)
<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia</b>		
1. Hospital Nacional Cayetano Heredia	41	
2. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	22	
		63 (77%)
<b>Universidad de San Martín de Porres</b>		
1. Hospital Sergio Bernaldes	34	
2. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	19	
3. Hospital Nacional Dos de Mayo	19	
4. Hospital San José	10	
5. Hospital Nacional Daniel A Carrión	9	
		91 (81%)

a Se considera como sedes prioritarias a aquellas que congregan al 75% o más de la programación de plazas en internado, con plazas remuneradas.

### 2.2.2 La oferta de campos clínicos en ESSALUD.

La programación de campos clínicos de internado médico en EsSalud es conducida fundamentalmente por la Gerencia Central de Recursos Humanos, y específicamente por la Oficina de Desarrollo del Personal.

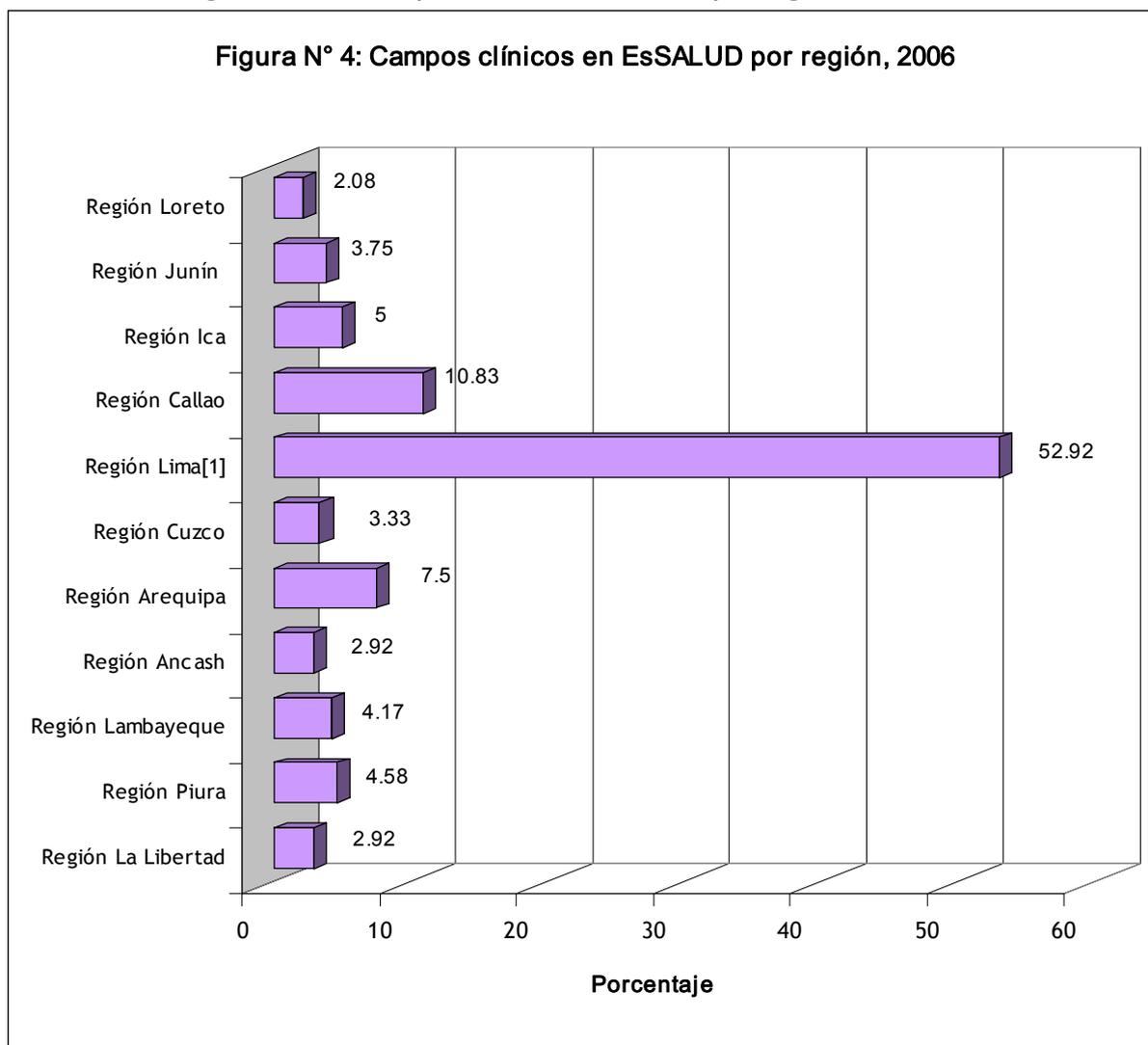
En el año académico 2006 se programaron un total de 240 campos clínicos en EsSALUD, tomándose el examen para dichas plazas en cuatro sedes: Trujillo, Arequipa, Lima y Loreto, conforme puede observarse a continuación.

Tabla N°8. ESSALUD: Campos Clínicos de Internado Médico, por Sede de Examen, Centro Asistencial, Red Asistencial y número de vacantes ofertado, 2006

N°	SEDE DE EXAMEN	CENTRO ASISTENCIAL SEDE DE DESARROLLO DEL PROGRAMA	RED ASISTENCIAL	N° DE VACANTES	
				SUB TOTAL	TOTAL
1	TRUJILLO				35
		Hosp. IV Víctor Lazarte E.	La Libertad	7	
		Hosp. III Cayetano Heredia	Piura	11	
		H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo	Lambayeque	10	
		Hosp. II Chimbote	Ancash	7	
2	AREQUIPA				26
		H.N. Carlos Alberto Seguin	Arequipa	10	
		Hosp. II Yanahuara	Arequipa	8	
		H.N. Sur Este	Cusco	8	
3	LIMA				174
		H.N. Guillermo Almenara Irigoyen	Almenara	34	
		H.N. Edgardo Rebagliati Martins	Rebagliati	62	
		H.N. Alberto Sabogal Sologuren	Sabogal	20	
		Hosp. III Grau	Almenara	18	
		Hosp. II Vitarte	Almenara	7	
		Hosp. II Angamos	Rebagliati	6	
		Hosp. III G. Lanatta Luján	Sabogal	6	
		Hosp. III Felix Torrealva Gutier	Ica	7	
		Hosp. II René Toche Gropo	Ica	5	
		Hosp. IV Huancayo	Junín	9	
4	LORETO				5
		Hosp. III Iquitos	Loreto	5	
TOTAL GENERAL					240

La distribución de plazas muestra un carácter muy centralizado de la oferta educativa de EsSalud en Lima (53%), que cuando se considera conjuntamente con el Callao llega al 64%.

**Figura N°4. Campos clínicos en EsSALUD por región 2006**



Estratificados estos campos clínicos de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos, el 60% de ellos se encuentran ubicados en los hospitales nacionales.

**Tabla N°9. Campos Clínicos en EsSalud, según complejidad del Establecimiento, 2006**

Complejidad del Establecimiento	N°	%
Hospitales Nacionales	144	60.00
Hospitales Nivel IV	16	6.67
Hospitales Nivel III	47	19.58
Hospitales Nivel II	33	13.75
Total	240	100.00

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que EsSalud ha reestructurado su organización administrativa sanitaria, conformándose redes de establecimientos de salud. Así, un interno de medicina no necesariamente desarrolla su último año de

formación de manera completa en la sede docente en la que está programado. La distribución por sedes docentes se muestra en la siguiente Tabla.

**Tabla N°10. Campos Clínicos en EsSalud, según Red Asistencial, 2006**

Red Asistencial	N°	%	Red Asistencial	N°	%
La Libertad	7	2.92	Almenara	34	14.17
Piura	11	4.58	Rebagliati	68	28.33
Lambayeque	10	4.17	Sabogal	26	10.83
Ancash	7	2.92	Almenara	25	10.42
Arequipa	10	4.17	Ica	12	5.00
Arequipa	8	3.33	Junín	9	3.75
Cusco	8	3.33	Loreto	5	2.08

## 2.3. La demanda de campos clínicos de pregrado en medicina, enfermería y obstetricia.

### 2.3.1 La demanda de campos clínicos en Medicina.

La demanda nacional de campos clínicos para los estudios de pregrado proviene de las 28 facultades de medicina existentes en el Perú. Estas facultades están ubicadas en 15 de las 24 regiones del país, siendo el 57% de carácter público y el resto privadas.

**Tabla N°11. Perú: Facultades de Medicina por macroregiones, 2003**

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	4	4	<b>8</b>
Lima	3	5	<b>8</b>
Centro	4	1	<b>5</b>
Sur	5	2	<b>7</b>
Total	16	12	<b>28</b>

Fuente: Ministerio de Salud, IDREH, 2005.

El perfil de la demanda de campos clínicos está dada por la cantidad de estudiantes de Medicina, siendo importante revisar la evolución en los últimos años de las vacantes ofertadas, los ingresantes, los matriculados y los egresados. Las cifras expuestas muestran un crecimiento en la población estudiantil en la carrera de medicina.

Para el año 1993 la cantidad de vacantes ofertadas para la carrera de medicina fue de 1,124, cifra que fue más que duplicada en el año 2003 llegándose a 2,665 vacantes. En este lapso el crecimiento de las vacantes de las universidades privadas fue superior al de las universidades públicas, pues pasaron de una oferta de 627 vacantes en el año 1993 a 1,887 diez años más tarde, triplicándose así su oferta en el mercado.

Para el caso de Lima, el índice de crecimiento de vacantes experimentado para el período 1993-2003 fue de 1.5 veces, muy por debajo que el crecimiento

experimentado en otras macroregiones del país, pero ocupando el primer lugar en oferta del número de vacantes.

Por su parte, las cifras del número de ingresantes también muestran un incremento, pues en el año 2003 la cantidad de ingresantes a las facultades de medicina fue de 2,811, cantidad que fue de 1,800 en el año 1993. Es necesario advertir que este incremento se debe centralmente al aumento en los ingresantes a las universidades privadas pues las universidades nacionales han disminuido su número de ingresantes de 998 para el año 1993 a 774 para el año 2003.

Las estadísticas también muestran el crecimiento de la cantidad de matriculados en las facultades de medicina entre los años 1993 y 2003, que pasaron de 12,164 a 14,334.

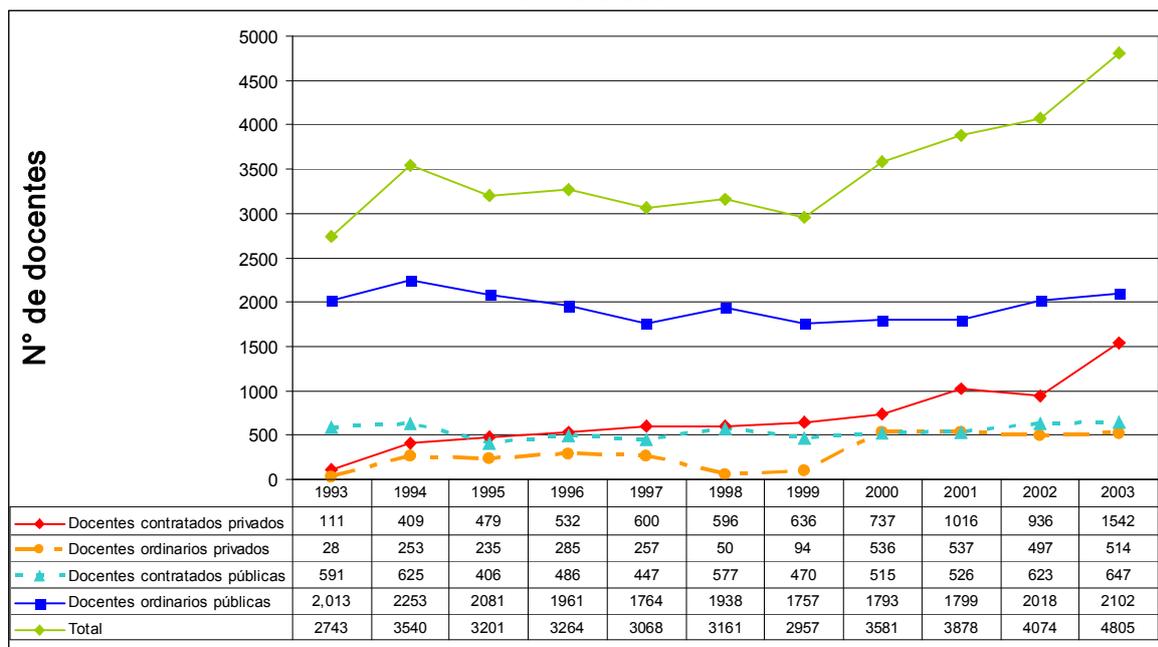
La cifra de egresados de las facultades muestra que su crecimiento no ha sido tan acentuado como en las variables de ingreso. Así mientras que en el año 93 se registraron 983 egresados, para el año 2003 fueron 1165, siendo 631 de las universidades privadas y 534 de las universidades públicas. Para el caso de Lima, el índice de crecimiento de egresados ha sido ligeramente negativo para el periodo entre 1993 - 2003 (-0.79).

En cuanto a los titulados para el mismo período, fueron 951 en el 93 y 1,238 para el 2003.

En asociación a este incremento estudiantil, el panorama de los docentes es de un crecimiento aunque más moderado: los docentes de las carreras de medicina, enfermería, odontología y obstetricia de las universidades a nivel nacional sumaron un total de 2,743 profesores en 1993 y llegaron a 4,805 en el año 2003. Dado que los docentes nombrados u ordinarios se han mantenido casi iguales en esta década (2,013 en 1993 y 2,102 el 2003), el incremento global debe explicarse por el aumento de los docentes contratados de las universidades privadas, que pasaron en ese lapso de 11 a 1,542.

En las universidades públicas predominan los docentes ordinarios, mientras en las privadas lo hacen los docentes de tipo contratados.

**Figura N°5. Perú: Evolución del número de docentes por categorías y por tipo de universidad**



Fuente: IDREH, 2005. Elaboración propia

### 2.3.2 La demanda de campos clínicos en Enfermería.

Para el año 2003, existían en el Perú 44 entidades formadoras en enfermería, 18 de ellas facultades y 26 escuelas de enfermería, siendo la proporción de públicas y privadas de 57% y 43% respectivamente. Sin embargo, el número de filiales hace este número de facultades sumamente relativo. De hecho un alto porcentaje de estas filiales no son reconocidas por la Asamblea Nacional de Rectores.

Con relación a su distribución geográfica, Lima y la macroregión norte tienen 12 de estas 44 entidades formadoras, teniendo el centro y el sur 10 cada una.

**Tabla N°12. Perú: Facultades de enfermería por macroregiones, 2003**

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	7	5	12
Lima	4	8	12
Centro	7	3	10
Sur	7	3	10
Total	25	19	44

Fuente: Ministerio de Salud, IDREH, 2005.

Igual que en el caso de medicina, el perfil de la demanda de campos clínicos en enfermería está dado por la cantidad de estudiantes de enfermería, siendo importante revisar la evolución en los últimos años de las vacantes ofertadas, los ingresantes, los matriculados y los egresados.

En cuanto a las vacantes ofertadas se puede ver un crecimiento muy notorio entre los años de 1993 y 2003, pasando de 2,545 a 4,890, experimentando así un crecimiento de 1.92 veces en el período mencionado. Sin embargo, este crecimiento se debe más que nada a la notoria oferta de las universidades privadas, ya que el crecimiento de

las vacantes ofertadas por las universidades públicas tuvo un comportamiento casi constante a lo largo del período mencionado.

Así también, se aprecia un crecimiento en el número de ingresantes para las facultades de enfermería para los años 1993 - 2003, pues pasaron de 2,844 a 4,787 en dicho lapso. Vale mencionar que el mayor número de ingresantes se registra en Lima, con un crecimiento de 1,176 para el año 93 a 1,867 para el año 2003.

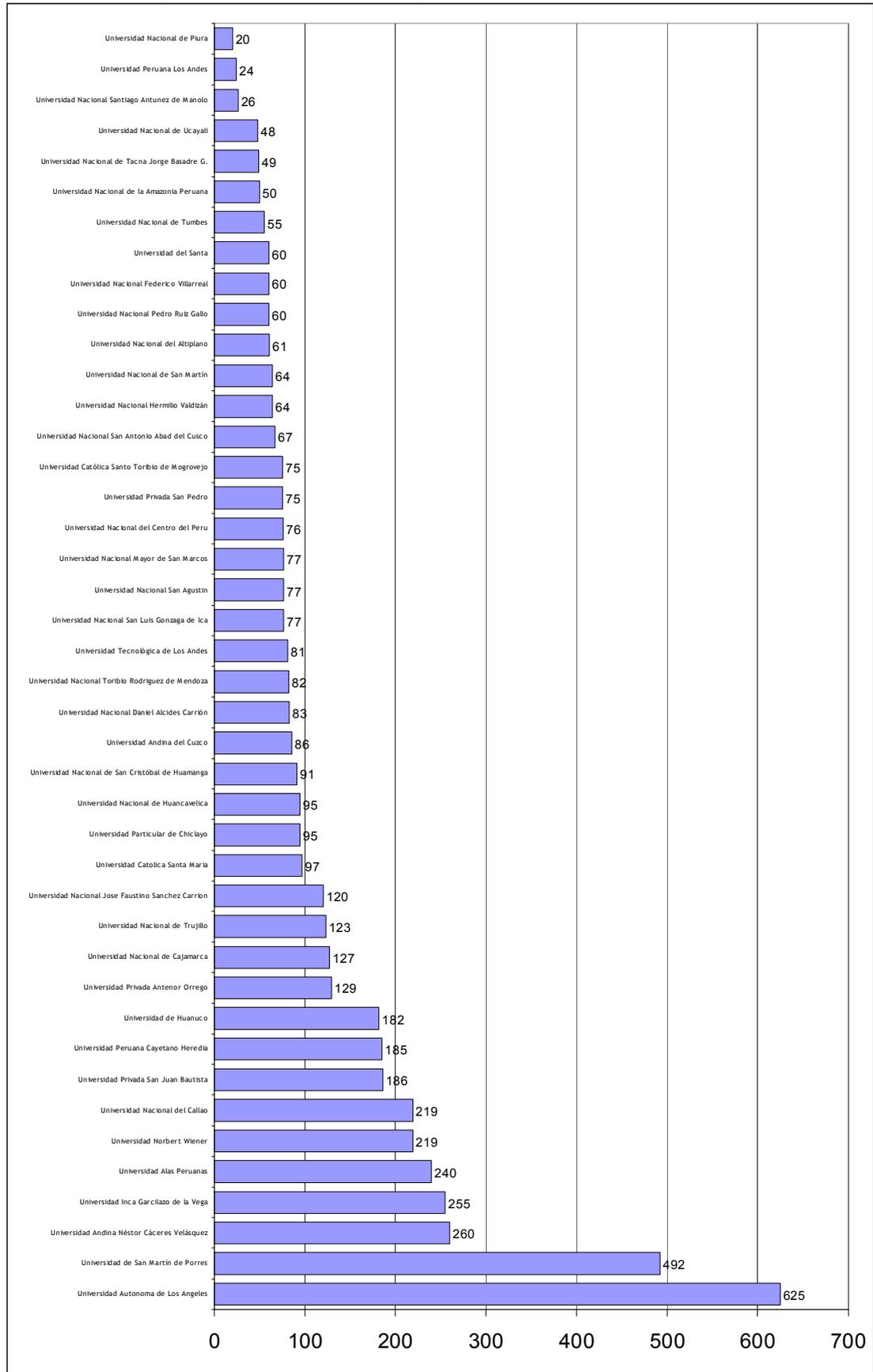
Para el caso de la cantidad de matriculados, el índice experimentado para el período 1993-2003 ha sido de 1.24, siendo el aumento de matriculados en las universidades estatales el principal determinante en este índice de crecimiento nacional. Asimismo, es de nuevo el departamento de Lima el que tiene, para el año 2003, la más alta cantidad de matriculados en las facultades de enfermería a nivel nacional.

Para el caso de los egresados de enfermería, ha habido más egresados de universidades públicas que de privadas, con 1009 y 608 egresados respectivamente para el año 2003. Asimismo, es el departamento de Lima el que ha experimentado un crecimiento mayor, en comparación a las otras macroregiones, en este aspecto, puesto que para el año 1993 tuvo 344 egresados, pasando a tener 658 en el año 2003.

Se aprecia que la diferencia existente entre ingresantes y egresados para el período estudiado es por demás amplia, expresando los dilemas sociales de la franja universitaria que estudia enfermería.

La demanda potencial de campos clínicos de pregrado se puede estimar a partir del número de ingresantes registrados por las facultades y escuelas de enfermería el año 2003.

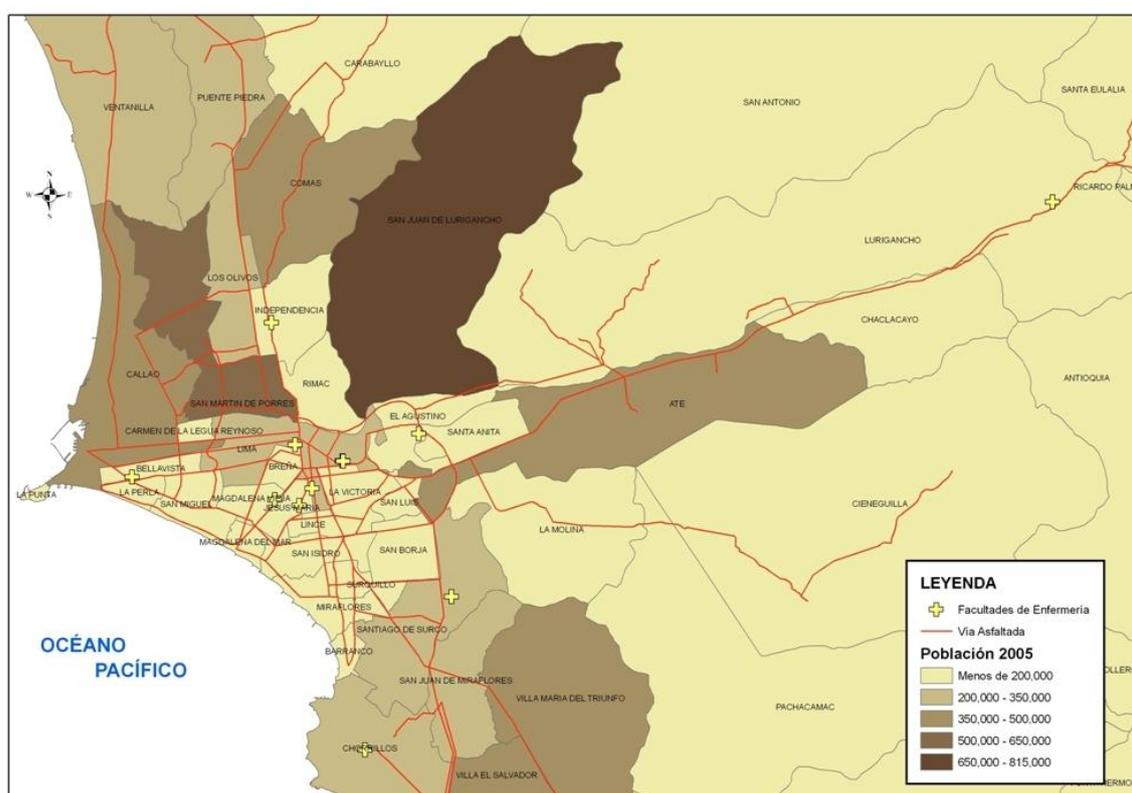
**Figura N°6. Ingresantes a las facultades y escuelas de enfermería, 2003**



El total de ingresantes el año 2003 a las facultades y escuelas de enfermería fue alrededor de de 5,000 alumnos. Si bien no existen datos nacionales confiables que ilustren el número de estudiantes de enfermería por cada año y se sabe que solo egresaron el 2,003 1,770 enfermeras, es posible estimar que la demanda total de estudiantes de enfermería de campos de práctica está alrededor de 6,000 estudiantes, con tendencia a aumentar dado el incremento de ingresantes. Este nivel de demanda de campos clínicos que existirá por parte de las instituciones, considera no solo a los internos, sino al conjunto de estudiantes. Como se observa, la Universidad Autónoma de Los Ángeles y la Universidad de San Martín de Porres han tenido ingresantes por encima de 400 alumnos.

En relación a la distribución geográfica de las facultades y escuelas de enfermería de Lima y la población por distritos, se puede observar que dichas entidades formadoras no se ubican en distritos con mayor densidad poblacional, como San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Comas, Villa Maria del Triunfo, Villa El Salvador, entre otros.

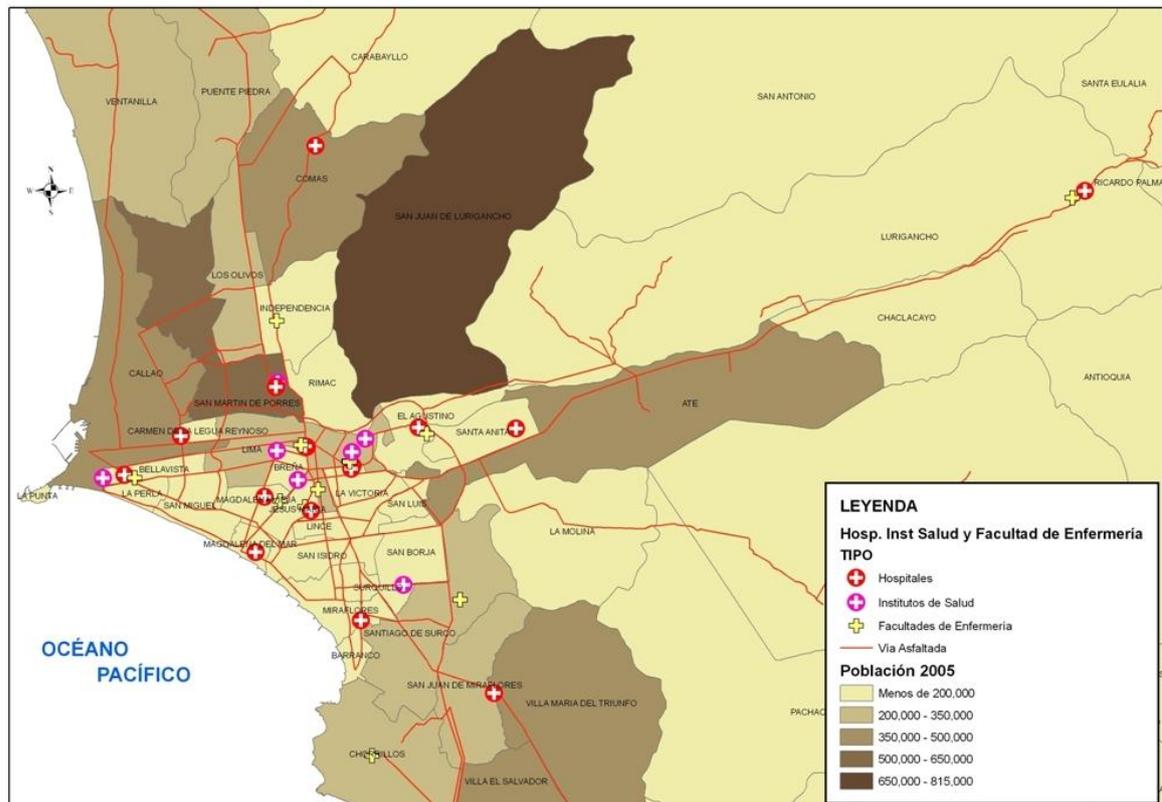
**Figura N°7. Ubicación de Facultades y Escuelas de Enfermería, según población estratificada por distrito, Lima Metropolitana y Callao - 2005.**



Infografía Elaboración propia

En cuanto a la distribución geográfica de las entidades formadoras y la de los establecimientos de salud, base para una futura planificación de la asignación de campos, nuevamente se observa que la ubicación de las facultades y escuelas de enfermería tiende a acercarse mas a la de los establecimientos de salud principales dedicados a la docencia. Sin embargo llama la atención que San Juan de Lurigancho, Ate, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, que no cuentan con facultades de enfermería, tampoco tenga establecimientos de salud que se desenvuelvan como sedes docentes de manera resaltante.

**Figura N°8. Ubicación de Facultades y Escuelas de Enfermería, y establecimientos de salud (hospitales e Institutos del Ministerio de Salud), según población estratificada por distrito. Lima Metropolitana y Callao - 2005.**



Infografía Elaboración propia

### 2.3.3 La demanda de campos clínicos en Obstetricia.

En el año 2003 existían a nivel nacional 25 entidades formadoras en obstetricia, siendo la proporción entre universidades públicas y privadas de 44% y 66% respectivamente. El número de filiales hace el número dado relativo. De hecho un alto porcentaje de estas filiales no son reconocidas por la Asamblea Nacional de Rectores.

Vale la pena mencionar que para esta carrera Lima no es la macroregión con más facultades, como sí ocurre con las carreras de medicina y enfermería.

**Tabla N°13. Perú: Facultades de Obstetricia por macroregiones, 2003**

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	3	5	8
Lima	2	3	5
Centro	3	3	6
Sur	3	3	6
Total	11	14	25

Fuente: Ministerio de Salud, IDREH, 2005

Por el lado de la oferta el número de vacantes para el año 93 fue de 2,374, llegando a 2,916 para el año 2003, no mostrando así un crecimiento tan pronunciado como en las carreras vistas anteriormente. Se resalta el hecho de que son las universidades privadas las que ofertan más plazas en comparación con las públicas, siendo en las

primeras un promedio de 2,000 vacantes por año, mientras que en las segundas de sólo 600.

Asimismo, el número de ingresantes en el período ya mencionado demuestra una tendencia decreciente, pasando de 2,508 a 2,176 en los años 1993 a 2003, respectivamente. La disminución experimentada se debe al descenso en el número de ingresantes a las universidades privadas, las cuales han pasado de tener 2,103 ingresantes en el año 93 a 554 para el 2003, mientras que las universidades públicas han aumentado su número de ingresantes de 403 a 554 para los mismos años. Para el caso de Lima, se puede apreciar un descenso en la cantidad de ingresantes de casi el 50% para el período 1993-2003, pasando de 3,051 a 1,615.

Por otro lado, en cuanto al número de egresados de la carrera a nivel nacional, para el año 2003 se ha mantenido un nivel similar al de diez años atrás (720 y 729 respectivamente). Para el caso de Lima en particular, el comportamiento de la tendencia de egresados de las facultades de obstetricia es decreciente y de forma muy acentuada, pues de 279 egresados para el año 93 se pasó a 70 en el 2003.

La demanda potencial se estima a partir del número de ingresantes registrados por las facultades y escuelas de obstetricia en el año 2003, que totalizó 2,554.

**Tabla N°14. Perú: Ingresantes a Obstetricia por universidad, 2003**

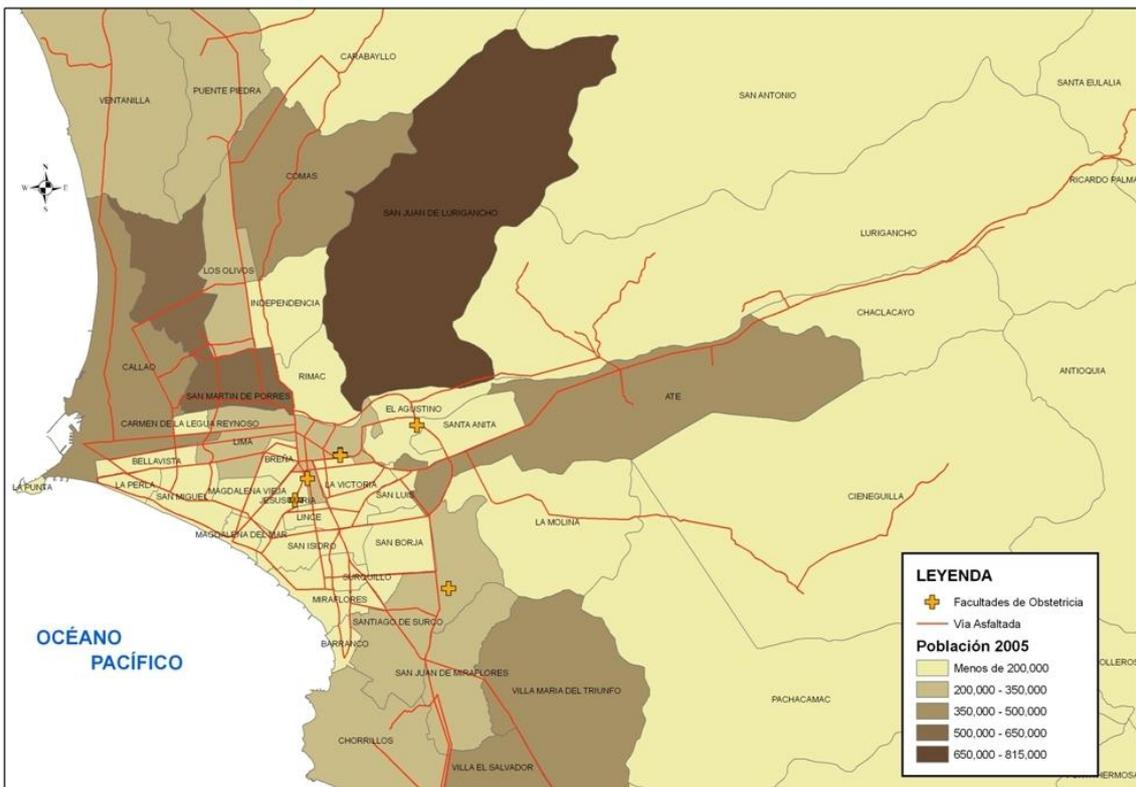
Universidad	
Universidad Alas Peruanas	37
Universidad Andina del Cuzco	94
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	163
Universidad Autonoma de Los Angeles	484
Universidad Catolica Santa Maria	71
Universidad César Vallejo	88
Universidad de Huanuco	75
Universidad de San Martín de Porres	350
Universidad José Carlos Mariategui	30
Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	83
Universidad Nacional de Cajamarca	51
Universidad Nacional de San Martín	64
Universidad Nacional de Tacna Jorge Basadre G.	40
Universidad Nacional de Tumbes	55
Universidad Nacional Federico Villarreal	33
Universidad Nacional Hermilio Valdizán	61
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	75
Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	66
Universidad Nacional Santiago Antunez de Manolo	26
Universidad Norbert Wiener	124
Universidad Particular de Chiclayo	52
Universidad Particular de Iquitos	160
Universidad Peruana Los Andes	124
Universidad Privada Antenor Orrego	58
Universidad San Pedro	90
Total	2554

<sup>a</sup>Dato de ingresantes en el año 2003 como referencia; en caso este estuviese ausente se empleó el más reciente número de ingresantes disponible.

Las universidades que tienen el mayor número de ingresantes son la Universidad Autónoma de Los Angeles y la Universidad de San Martín de Porres, al igual que en enfermería. Particularmente en el primer caso, el número de ingresantes es superior a los 500 alumnos e implica que el número potencial de alumnos es superior a los 2,500 por año.

En relación a la distribución geográfica de las facultades y escuelas de obstetricia de Lima y la población por distritos, se puede observar que dichas entidades formadoras están concentradas y no se correlacionan con la distribución de la población según distritos. De esta manera, distritos como San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Comas, Villa Maria del Triunfo, Villa El Salvador, entre otros, no cuentan con esta oferta educativa.

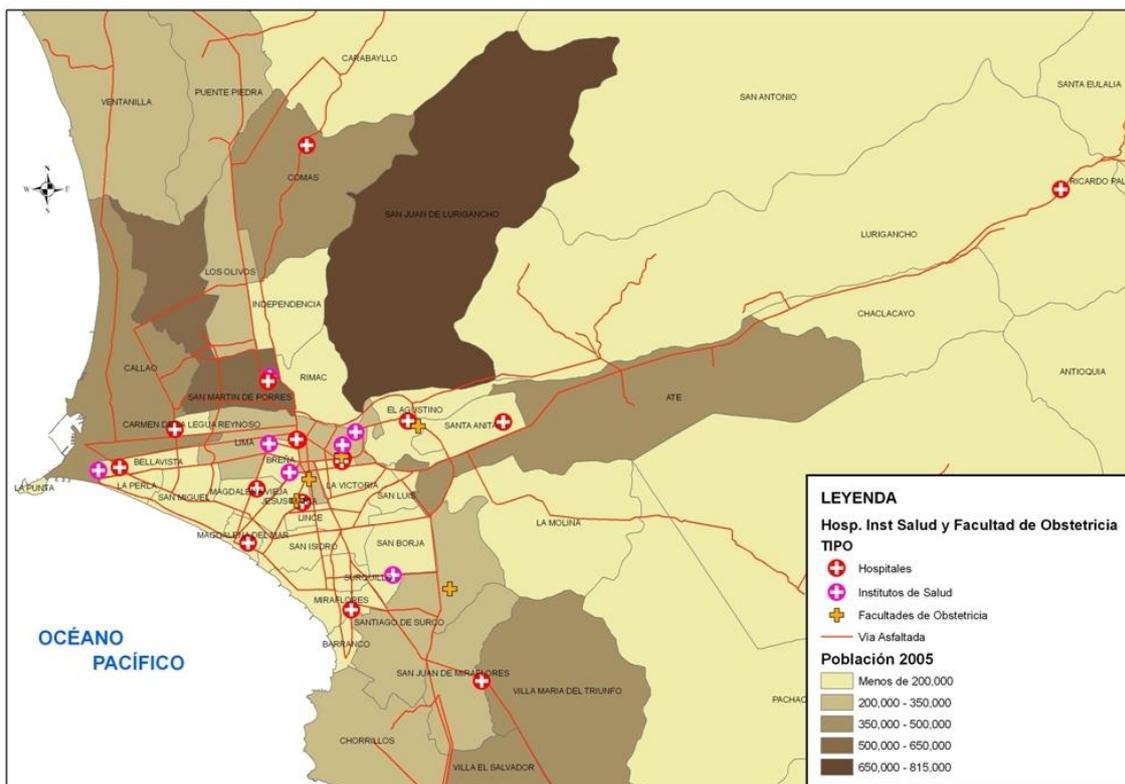
**Figura N°9. Ubicación de Facultades y Escuelas de Obstetricia, según población estratificada por distrito, Lima Metropolitana y Callao - 2005.**



Infografía Elaboración propia

Asimismo, comparando esta distribución con la de los establecimientos de salud, tal como muestra en la figura, tienden a acercarse más a la ubicación de los establecimientos de salud principales dedicados a la docencia, con excepción de aquellos establecimientos ubicados más periféricamente.

**Figura N°10. Ubicación de Facultades y Escuelas de Obstetricia, y establecimientos de salud (hospitales e Institutos del Ministerio de Salud), según población estratificada por distrito. Lima Metropolitana y Callao - 2005.**



Infografía Elaboración propia

### 2.3.4 La demanda de campos clínicos de enfermería técnica.

#### Postulantes, ingresantes y matriculados en la carrera de Enfermería Técnica.

En base a los resultados del Primer Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica<sup>11</sup>, el número de postulantes a los institutos superiores tecnológicos (IST) en todo el Perú, para el año de 1997, fue de 123,300, de los cuales 21,934 estudiantes iban a la carrera de enfermería técnica. Asimismo, el número de estudiantes que efectivamente ingresó a la carrera fue de 17,459.

Así, las cifras mostradas indican que, en cuanto a proporciones, los estudiantes ingresantes al sistema educativo en la carrera de enfermería técnica equivalen al 64.13% del total de ingresantes a las carreras técnicas de salud (enfermería técnica, farmacia y otras especialidades). Además, esta cantidad de ingresantes a la carrera específica de enfermería técnica representa el 17.16% del total de ingresantes a nivel nacional de todas las especialidades que ofertan los institutos superiores tecnológicos, porcentaje muy significativo y que sugiere la necesidad de una pronta regulación en estos espacios de enseñanza.

<sup>11</sup> Ministerio de educación. Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica. Informe General. Resultados Definitivos. Lima: 2000.

En cuanto a la distribución de ingresantes a la carrera de enfermería técnica según institución estatal y no estatal, se tiene que el 36.04% pertenecen a instituciones estatales y 63.96% a institutos privados.

Por su parte, el número de matriculados en institutos superiores tecnológicos, que viene a ser el la cantidad efectiva de estudiantes en las carreras técnicas, fue para finales del año 97 de 169,876 en todo el Perú. Para el caso de enfermería técnica, el número de matriculados fue 34,683, cifra que equivale al 20.4% del total de matriculados en todas las carreras técnicas a nivel nacional.

Por otro lado, el año 2003 existen 389,223 alumnos matriculados en los IST a nivel nacional, así manteniendo las proporciones halladas para el año 97, se puede inferir que para el año 2003, hubo 118,324 matriculados a las carreras de salud de los IST y, específicamente, 74,901 alumnos en la carrera de enfermería técnica.

Los resultados hallados reflejan a un sistema técnico educativo en crecimiento sostenido -vale mencionar que desde el año 98 al 2003 la variación del crecimiento de las matrículas en IST fue de 29%, lo cual origina conflictos en cuanto a la capacidad de las sedes docentes para recibir a este contingente en los espacios de práctica.

### Institutos Superiores Tecnológicos revalidados el 2006-2007

Habiendo culminado el proceso de revalidación de Institutos Superiores Tecnológicos<sup>12</sup>, el número de IST revalidados que cuentan con carreras en enfermería, es de 287 en todo el Perú. En términos relativos, esta cifra expresa que del total de IST en todo el Perú consideradas dentro de la Familia Profesional de Salud<sup>13</sup>, casi el 93% contiene carreras de enfermería, lo cual demuestra que existe una oferta en esta carrera capaz de ejercer una fuerte presión a la capacidad máxima de los espacios de práctica.

**Tabla N°15. Perú: Número de Institutos Superiores Tecnológicos con carrera de enfermería revalidados para el año 2007**

IST	Cantidad
<b>Total IST de Enfermería</b>	<b>287</b>
<i>Total IST de Enfermería Privado</i>	<i>115</i>
<i>Total IST de Enfermería Público</i>	<i>172</i>

Fuente: MINEDU, Dirección Nacional de Educación Superior y Técnico-Profesional, Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/dinesutp/>

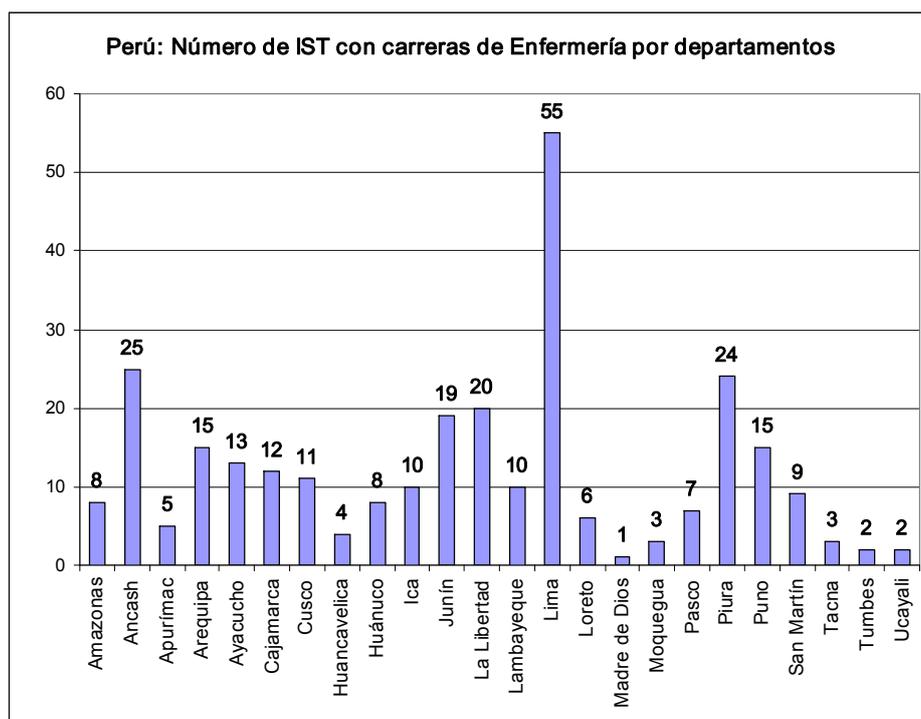
Elaboración propia

Por otro lado, al ver la distribución de los IST con la carrera de enfermería en todos los departamentos del país, se puede observar que la distribución de los mismos se concentra principalmente en la costa norte y central de Perú (desde Tumbes a Lima) con 136 IST, siendo el departamento con mayor número de IST Lima (55). Caso contrario sucede en la Selva del país, donde tan sólo existen 26 IST con la carrera de enfermería en su currícula.

<sup>12</sup> El Ministerio de Educación público el 28 de enero en el diario El Comercio, la 16ª relación de Institutos Superiores Tecnológicos revalidados, dando por finalizado este proceso.

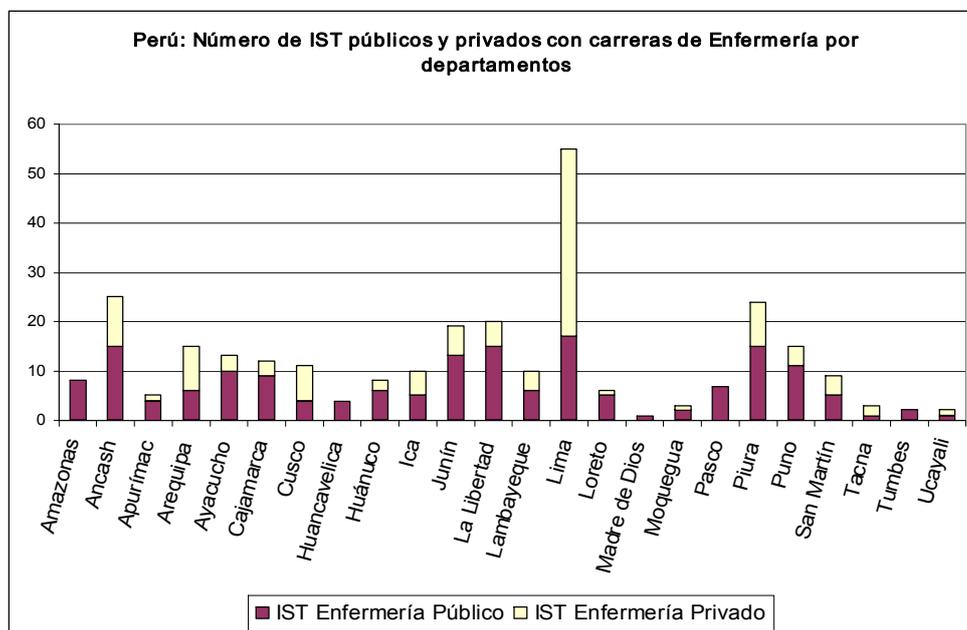
<sup>13</sup> De acuerdo a la Resolución Viceministerial N° 085-2003-ED, que aprueba el Catalogo Nacional de Títulos y Certificaciones Profesionales, a nivel profesional técnico, éstas se encuentran organizadas en 20 Familias Profesionales y 120 títulos, correspondiendo la Familia Profesional 18 a Salud, con las carreras de Enfermería Técnica, Ortopedia, Prótesis Dental, Cuidados Auxiliares de Enfermería, Farmacia, Laboratorio Clínico, Fisioterapia y Rehabilitación.

Figura N°11. Perú: Número de IST con carreras de Enfermería por departamentos



Asimismo, distinguiendo si los IST son privados o públicos, se tiene que los IST privados en todo el Perú representan el 40% del total existente. Sin embargo, para el caso de Lima la presencia de los mismos corresponde al 70% de los locales existentes en dicho departamento. Para los demás departamentos, la existencia de IST públicos es predominante y en algunos casos total (Amazonas, Huancavelica, Madre de Dios, Pasco y Tumbes). Esto demuestra que la sobreoferta en la carrera de enfermería técnica, a excepción de Lima, ha obedecido a decisiones de política pública y social en la gran mayoría de casos, mientras que en Lima, la proliferación de IST de enfermería se debe más a factores de carencia de regulación en el mercado educativo local.

Figura N°12. Número de Institutos con carrera de Enfermería



## 2.4. La demanda de campos clínicos de internado y su distribución geográfica.

La demanda de campos clínicos de internado para medicina proviene de las facultades y escuelas de medicina en el Perú, que son 28 hasta el momento, con reconocimiento por la Comisión para la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina (CAFME)<sup>14</sup> y que están funcionando actualmente.

El número de internos de medicina en el año 2006 fue de 1,974, provenientes de 27 universidades, cifra tomada del Examen Nacional de Medicina aplicado por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina en noviembre del 2006. Se puede decir que esta es la cohorte que anualmente solicita espacios de formación para el internado, pero también el tamaño aproximado de las cohortes de alumnos de pregrado que requiere espacios para las prácticas.

**Tabla N°16. Número de internos programados en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), 2006**

	Universidad	N°
1	Universidad Nacional de Piura	49
2	Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	20
3	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	56
4	Universidad Nacional de Trujillo	91
5	Universidad Privada Antenor Orrego	101
6	Universidad Privada San Pedro	36
7	Universidad Nacional Federico Villarreal	127
8	Universidad Peruana Cayetano Heredia	108
9	Universidad Ricardo Palma	89
10	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	201
11	Universidad San Martín de Porres	283
12	Universidad Nacional Jose Faustino Sánchez Carrión	53
13	Universidad Peruana Los Andes	86
14	Universidad Nacional del Centro del Perú	73
15	Universidad Nacional San Luís Gonzaga de Ica	95
16	Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco	51
17	Universidad Nacional San Agustín	75
18	Universidad Católica Santa María	149
19	Universidad Nacional del Altiplano	37
20	Universidad Nacional de Cajamarca	37
21	Universidad Privada de Tacna	34
22	Universidad Cesar Vallejo	16
23	Universidad Nacional de Ucayali	19
24	Universidad Científica del Sur	48
25	Universidad Privada San Juan Bautista	13
26	Universidad Nacional de Tacna Jorge Basadre G.	12
27	Universidad Particular de Chiclayo	15
	Total	1974

<sup>14</sup> En noviembre del 2006 CAFME autorizó la creación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas, la cual al momento de redacción de este Informe no había iniciado su año académico.

Se puede apreciar que la Universidad San Martín de Porres, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Católica de Santa María y la Universidad Nacional Federico Villarreal muestran el mayor número de internos de medicina.

Para el caso de Lima, objeto del estudio, el número de internos en medicina alcanza la cifra de 1,005 alumnos, de los cuales hay 388 procedentes de las universidades estatales y 617 de las universidades privadas.

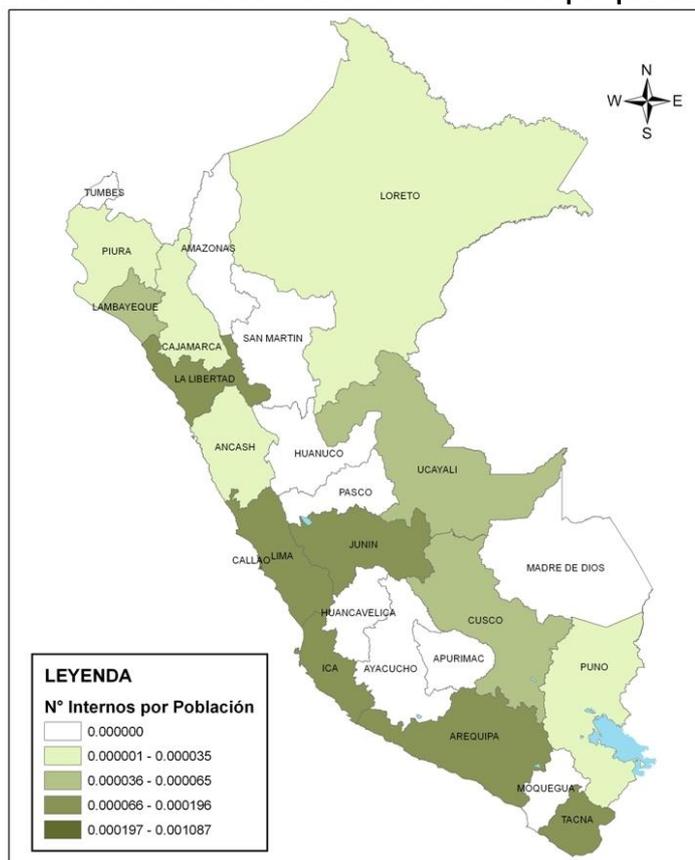
**Tabla N°17. Número total de internos de Medicina en Lima, 2007**

Tipo de Universidad	Universidad	Internos	Internos por Tipo de Universidad
<b>Universidades Públicas</b>	San Marcos	246	<b>388</b>
	Villarreal	120	
	UNJFSC – Huacho	22	
<b>Universidades Privadas</b>	San Martín Porres	235	<b>617</b>
	Cayetano Heredia	112	
	Ricardo Palma	150	
	San Juan Bautista	70	
	Científica del Sur	50	
<b>Total</b>		<b>1005</b>	<b>1005</b>

Fuente: Pedro Díaz, Exposición en Seminario sobre Campos Clínicos, ASPEFAM, noviembre 2006

Nos ha parecido importante desarrollar el número de internos por habitante, asumiendo que esta referencia permite acercarse a un enfoque de espacios de formación socio-sanitarios, conforme a las definiciones del Sistema Nacional de Articulación Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud. Los resultados muestran que precisamente los departamentos con mayores necesidades son los que no tienen internos, mientras que al revés, los de mayor desarrollo relativo, tienen las más altas tasas de internos por habitantes.

**Figura N°13. Número de internos de medicina estratificado por población.**



Infografía Elaboración propia

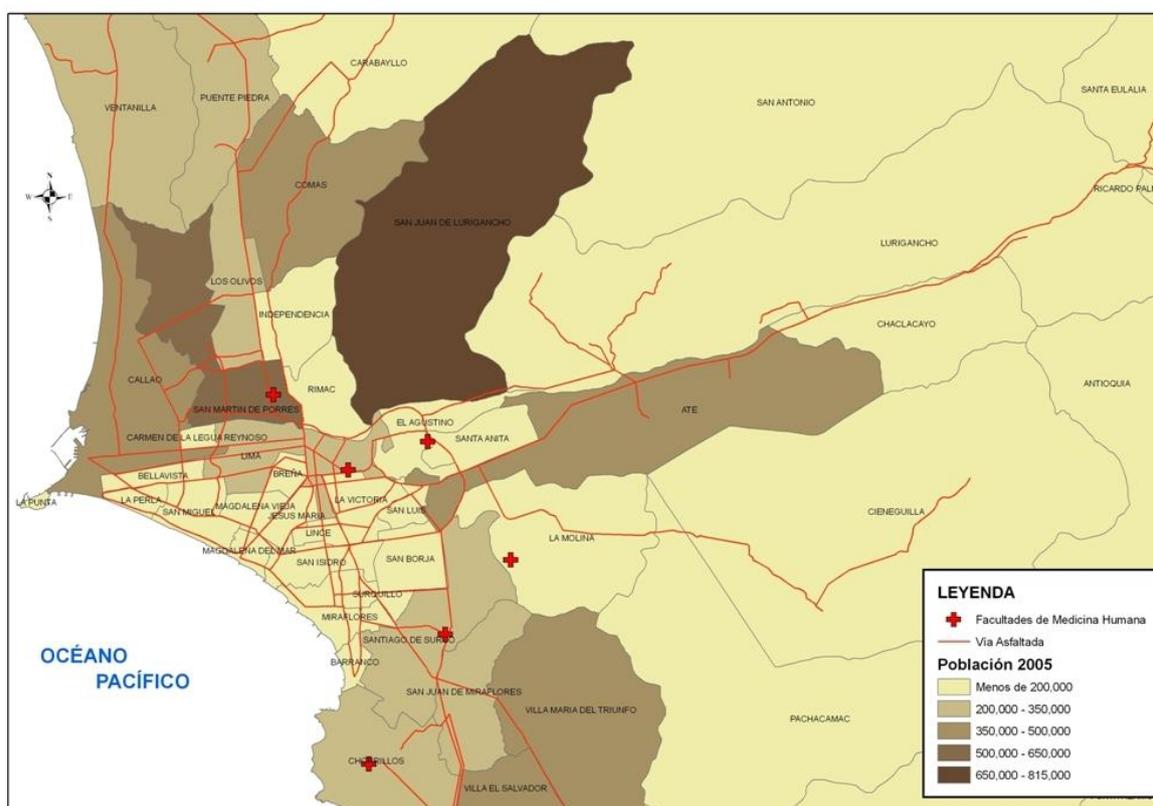
Se observa que las regiones de Lima, Callao, Ica, Arequipa, Junín, Tacna y La Libertad son aquellas con mayores tasas de internos/población, dato que expresa la franja de departamentos en que es más claro el desequilibrio oferta-demanda de campos de práctica.

Asimismo se evidencia que regiones como Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Moquegua, Pasco, Amazonas, Tumbes y Madre de Dios<sup>15</sup>, no tienen facultades de medicina, lo que debe ser tomado en cuenta en el momento de definir macrorregiones, en el contexto de la delimitación de los ámbitos geográfico-sanitarios.

En el caso de Lima, la distribución de las facultades de medicina no se correlaciona en la mayoría de casos con la distribución de la población susceptible de demandar servicios de salud. No existen facultades de medicina en distritos populosos como San Juan de Miradores, Comas, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador y Callao. La excepción es la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cuyo campo universitario central se ubica en el distrito de San Martín de Porres. Hay facultades de medicina en distritos de clase media alta y alta, con poblaciones menores a 200,000 personas.

<sup>15</sup> No se incorpora en esta relación a Huanuco, a pesar de aparecer en blanco en el gráfico, debido a que teniendo una facultad de medicina, no tiene aún alumnos en el año de internado en el 2005.

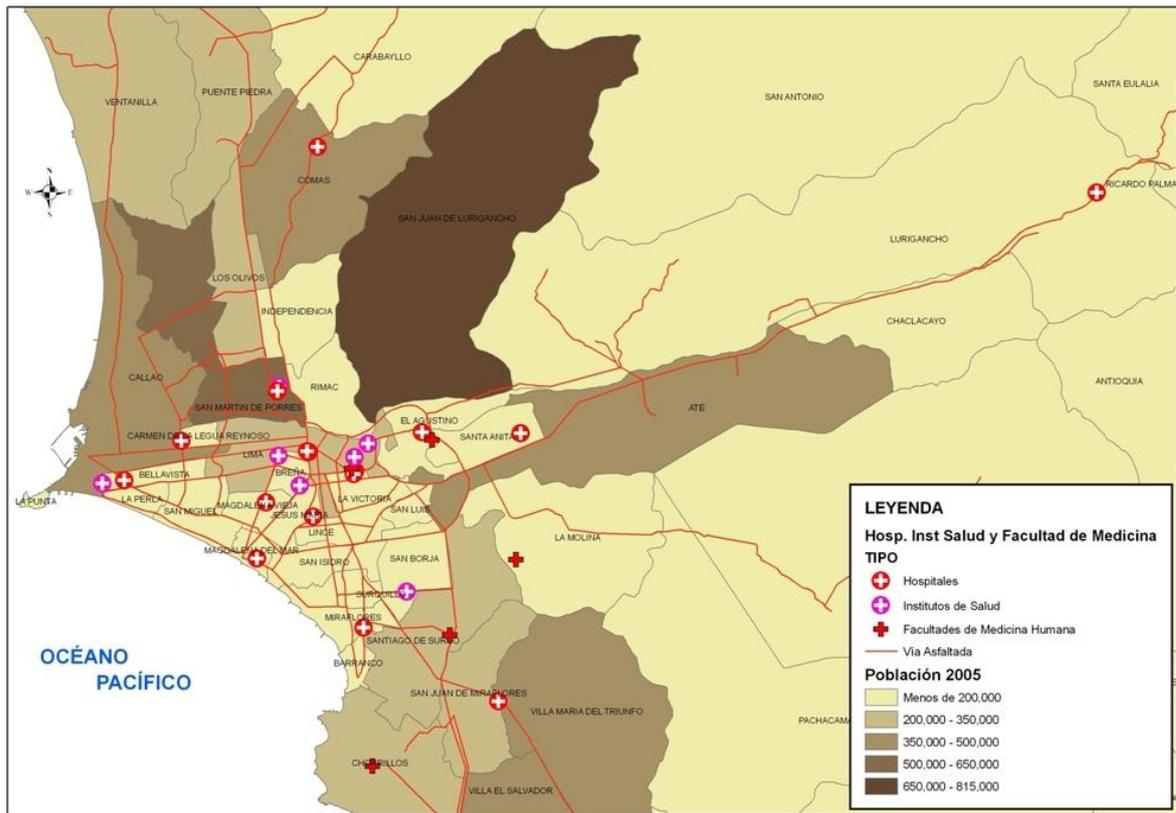
**Figura N°14. Ubicación de Facultades de Medicina, según población estratificada por distrito, Lima Metropolitana y Callao - 2005.**



Infografía Elaboración propia

Al revés, si es posible encontrar cierta correlación entre la ubicación de las facultades de medicina y los nosocomios que seleccionan como sedes docentes principales en Lima, que en algunos casos son los más cercanos. Esto es más cierto para las facultades más antiguas, como las de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad Federico Villarreal, evidenciando que en su momento para estos casos se dio preferencia a las facilidades de acceso al campo clínico en el que se desarrollaría su formación los estudiantes de medicina. De hecho la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, está ubicada históricamente en un punto relativamente cercano al Hospital Nacional Dos de Mayo y al Instituto Materno Perinatal. Las facultades de medicina de más reciente creación no cuentan con esta asociación de vecindad con las sedes docentes de sus campos clínicos.

**Figura Nº15. Ubicación de Facultades de Medicina, hospitales e Institutos del MINSA, según población estratificada por distrito. Lima Metropolitana y Callao, 2005.**



Infografía Elaboración propia

## 2.5. Demanda de Campos Clínicos de Residentado o Especialización.

En relación al residentado o especialización en medicina, sus programas son de dos tipos: los autorizados y los acreditados. Los programas “autorizados” son aquellos existentes y en funcionamiento desde el año 2,000 y que no han sido sometidos al proceso de acreditación; mientras que los programas “acreditados” son aquellos evaluados positivamente por el SINAREME a partir del 2004 y han recibido la acreditación correspondiente por un periodo de 5 años.

En la actualidad el Sistema Nacional de Residentado Médico cuenta con 70 especialidades, 506 programas (119 en el MINSA, 176 en ESSALUD, 209 en las Sanidades y 2 en otros) y 1475 campos clínicos autorizados y acreditados. De ellos 51% son autorizados y acreditados en establecimientos del Ministerio de Salud, 28.75% en establecimientos de EsSalud, 20% en las sanidades y escasamente un 0.27% en otras entidades, como se muestra en el siguiente cuadro.

**Tabla N°18. Especialidades con las que cuenta el SINAREME**

ESPECIALIDAD	MINSA	ESSALUD	Sanidades	Otros
Administración de Salud	6			
Adolescentología	1			
Anatomía Patológica	8	10	4	
Anestesiología	47	31	17	
Anestesiología Cardiovascular		2		
Cardiología	14	16	12	
Cardiología Pediátrica	1			
Cirugía De Cabeza Y Cuello	2	5		
Cirugía De Mano		1		
Cirugía de Tórax y Cardiovascular	4	10		
Cirugía General	43	26	19	
Cirugía Oncológica Ginecológica	2			
Cirugía Oncológica Senos Huesos	2			
Cirugía Oncológica	6			
Cirugía Oncológica Abdominal	2			
Cirugía Oncológica Cabeza Cuello	2			
Cirugía Pediátrica	10	5	2	
Cirugía Plástica	9	4	8	
Dermatología	10	6	9	
Dermatología Pediátrica	1			
Endocrinología	10	7	7	
Endocrinología Pediátrica	3			
Enfermedades Infecciosas y Tropicales	9	3	3	
Ginecología Obstétrica de La Niña y La Adolescente	3			
Gastroenterología Pediátrica	4			
Gastroenterología	16	13	11	
Genética	2	1		
Geriatría	4	4	13	
Gineco Obstetricia	79	21	11	
Hematología Clínica	5	4	3	
Infectología Pediátrica	1			
Inmunología y Alergia		3		
Inmuno - Reumatología	2			
Medicina Física y Rehabilitación	13	7	7	
Medicina de Emergencia y Desastres	6	15	15	
Medicina Del Deporte	2			
Medicina Integral y Gest.Sal.	11			
Medicina Intensiva	11	17	15	
Medicina Intensiva Pediátrica	2			
Medicina Interna	46	40	20	
Medicina Legal	0			2
Medicina Nuclear	0	2	2	
Mfc/Mf/Mgi	63	2	2	
Nefrología	6	12	8	
Nefrología Pediátrica	2			
Neonatología	13	10		

ESPECIALIDAD	MINSA	ESSALUD	Sanidades	Otros
Neumología	10	7	11	
Neumología Pediátrica	2			
Neurocirugía	6	9	7	
Neurocirugía Pediátrica	1			
Neurología	15	11	9	
Neurología Pediátrica	1			
Oftalmología	27	12	9	2
Oftalmología Oncológica	1			
Oncología Médica	5	6	1	
Oncología Pediátrica	2			
Ortopedia y Traumatología	20	19	15	
Otorrinolaringología	11	8	10	
Patología Clínica	15	11	9	
Patología Oncológica	2			
Pediatría	76	20	10	
Pediatría de Emergencia y Desastres	1			
Psiquiatría	30	10	5	
Psiquiatría Infantil	4	2		
Radiología	20	18	11	
Radioterapia	4			
Reumatología	6	6	4	
Urología	8	8	6	
Urología Oncológica	1			
Urología Pediátrica	1			

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos ha establecido recientemente las especialidades prioritarias, que en orden de prelación son: 1) Pediatría; 2) Medicina Familiar; 3) Gineco Obstetricia; 4) Anestesiología; 5) Medicina Interna; 6) Cirugía General; 7) Medicina de Emergencias y Desastres; 8) Radiología; 9) Neonatología; 10) Hematología Clínica; 11) Oncología Médica; 12) Neurología; 13) Urología; 14) Anatomía Patológica; 15) Ortopedia y Traumatología; 16) Patología Clínica; 17) Geriátrica; 18) Cardiología; 19) Gastroenterología; 20) Otorrinolaringología; 21) Oftalmología; 22) Neumología; y 23) Psiquiatría.

Si se analiza la disponibilidad existente de campos clínicos con las prioridades, el 77.6% de los campos clínicos corresponden a las 23 prioridades, lo que significa que pese a la ausencia de políticas explícitas, el Sistema Nacional de Residentado Médico no se ha mostrado, al menos en este aspecto, desvinculado significativamente de las necesidades del sistema de salud en su modelo actual.

Por otro lado, el 86 % del total de campos clínicos existentes se encuentra en Lima, lo cual evidencia un fuerte centralismo en la disponibilidad y distribución de los mismos.

**Tabla N°19. Capacidad de campos clínicos de residentes, Lima y regiones 2006**

Instituciones	Lima		Regiones		Subtotal
	N°	%	N°	%	
<b>MINSA</b>	640	85.1	112	14.9	752
<b>EsSalud</b>	330	77.8	94	22.2	424
<b>Sanidades</b>	295	100	-	-	295
<b>Otros</b>	4	100	-	-	4
<b>Subtotal</b>	<b>1269</b>	<b>86</b>	<b>206</b>	<b>14</b>	<b>1475</b>

Esta concentración y centralismo en la oferta educativa se explica parcialmente por el número limitado de sedes docentes con los recursos necesarios para la autorización y acreditación en las regiones.

Con relación a la oferta de plazas para el residente, en el año 2006 se ofrecieron 941 plazas bajo las diferentes modalidades en los procesos de admisión. Es decir la “oferta efectiva” sólo cubre el 63.8% de la capacidad del sistema, 941 de las 1,475 disponibles. Las razones de esta restricción en la oferta corresponden fundamentalmente a limitaciones presupuestarias.

**Tabla N°20. Plazas ofertadas y plazas disponibles de residente, 2006**

Proveedor	Número de plazas ofertadas	Total de plazas disponibles	Cobertura de plazas
Ministerio de Salud	548	752	72.9
EsSalud	217	424	51.2
Sanidades	172	295	58.3
Otras instituciones	4	4	100.0
<b>Total</b>	<b>941</b>	<b>1475</b>	<b>63.8</b>

Si se observa la distribución de los campos clínicos ofertados en Lima y las otras regiones, se encuentra nuevamente un sesgo centralista en dichos espacios de enseñanza. También en este caso hay un claro predominio de Lima en la oferta educativa nacional.

**Tabla N°21. Plazas ofertadas de Residentado en el Proceso de Admisión 2006, según Lima y Regiones**

Proveedor	Lima		Regiones		Subtotal
	N°	%	N°	%	
<b>MINSA</b>	461	84.1	87	15.8	548
<b>EsSalud</b>	150	69.1	67	30.9	217
<b>Sanidades</b>	172	100.0	-	-	172
<b>Otros</b>	4	100.0	-	-	4
<b>Subtotal</b>	<b>787</b>	<b>83.6</b>	<b>154</b>	<b>16.4</b>	<b>941</b>

El Comité Nacional de Residencia Médica ha definido las diferentes modalidades de admisión al residency médico, diferenciando las vacantes libres, las vacantes por destaque, las cautivas y las becas internacionalmente.<sup>16</sup>

- a) Vacante Libre: es aquella vacante a la que accede un médico sin vínculo laboral alguno con las instituciones públicas, al momento de adjudicarse la plaza.
- b) Vacante por Destaque: es aquella vacante a la que postula un médico con vínculo laboral vigente, cumpliendo el postulante con todos los requisitos exigidos por su institución de origen. Es financiada durante todo el periodo de formación por la institución de procedencia, excepto en lo correspondiente a las guardias y otros beneficios legales que le sean aplicables (RS 002-2006-SA, artículos 16° y 18°, inciso f), que son de responsabilidad de la institución de destino.
- c) Vacante Cautiva en Fuerzas Armadas y Policía Nacional: es aquella vacante destinada exclusivamente a los médicos de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, y es financiada por la respectiva institución (artículo 3° de la R.S. 002-2006-SA).
- d) Vacante Modalidad Beca Internacional: es aquella vacante destinada exclusivamente a médicos extranjeros quienes al concluir su especialización retornaran a su país de origen. Esta modalidad es financiada por una entidad desde el extranjero. La entidad de destino no financiara salarios, beneficios sociales ni pago de guardias. El postulante a esta beca deberá contar con un seguro de vida y de salud con cobertura a nivel nacional.

En el cuadro a continuación se muestra la distribución de las plazas ofertadas según modalidad. Como se observa, la modalidad más ofertada es la “libre” seguida del “destaque” y “cautiva”. Se constata que la oferta es mayor del lado del Ministerio de Salud, predominando una vez más la oferta centralizada en Lima.

**Tabla N°22. Plazas Ofertadas en el Proceso de Admisión 2006 del SINAREME**

INSTITUCIONES	Libres		Beca Internacional		Destaque		Cautivas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MINSA Lima	317	56.3	-	-	144	49.3	-	-	461	49
MINSA Regional	66	11.7	3	100	18	6.17	-	-	87	9.2
ESSALUD Lima y Regiones	134	23.8	-	-	83	28.4	-	-	217	23.1
Sanidades	43	7.6	-	-	46	15.8	83	100	172	18.2
Otras instituciones	3	0.5	-	-	1	0.4	-	-	4	4.3
<b>TOTALES</b>	<b>563</b>	<b>100.0</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>292</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>941</b>	<b>100</b>

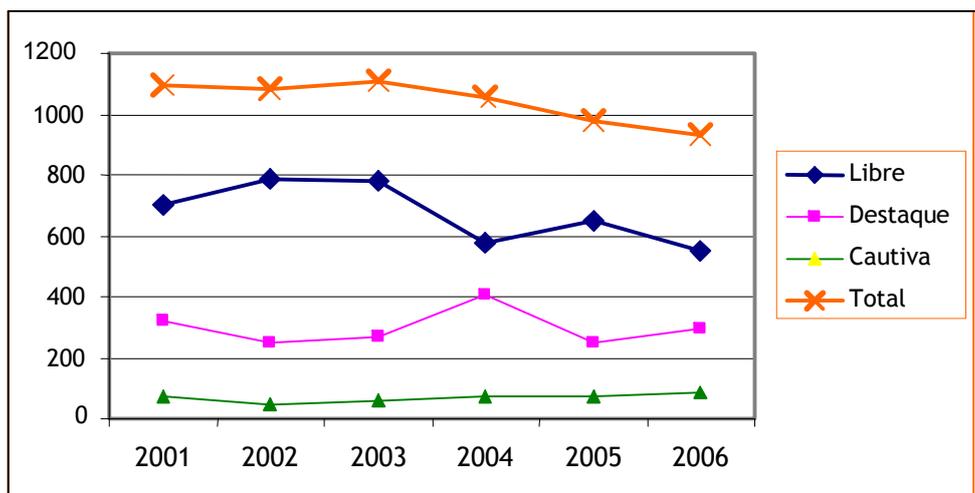
Fuente: Tabla resumen elaborada a partir del Cuadro General de Vacantes del Proceso de Admisión 2006 al SINAREME, disponible en <http://www.conareme.org.pe/Admision2006.htm>, consultada el 19 de diciembre de 2006, 21:35.

Por otro lado, si se observa la evolución de la oferta educativa de residentes, ésta en los últimos seis años ha ido descendiendo, lo cual es contradictorio con la

<sup>16</sup> Disposiciones Complementarias del Proceso de Admisión 2006 al Sistema Nacional de Residencia Médica, disponible en <http://www.conareme.org.pe/Admision2006.htm>, consultado el 20 de diciembre de 2006, 22:10 horas.

demanda de alumnos existente. Como se viene viendo, éste es un problema recurrente en los campos clínicos.

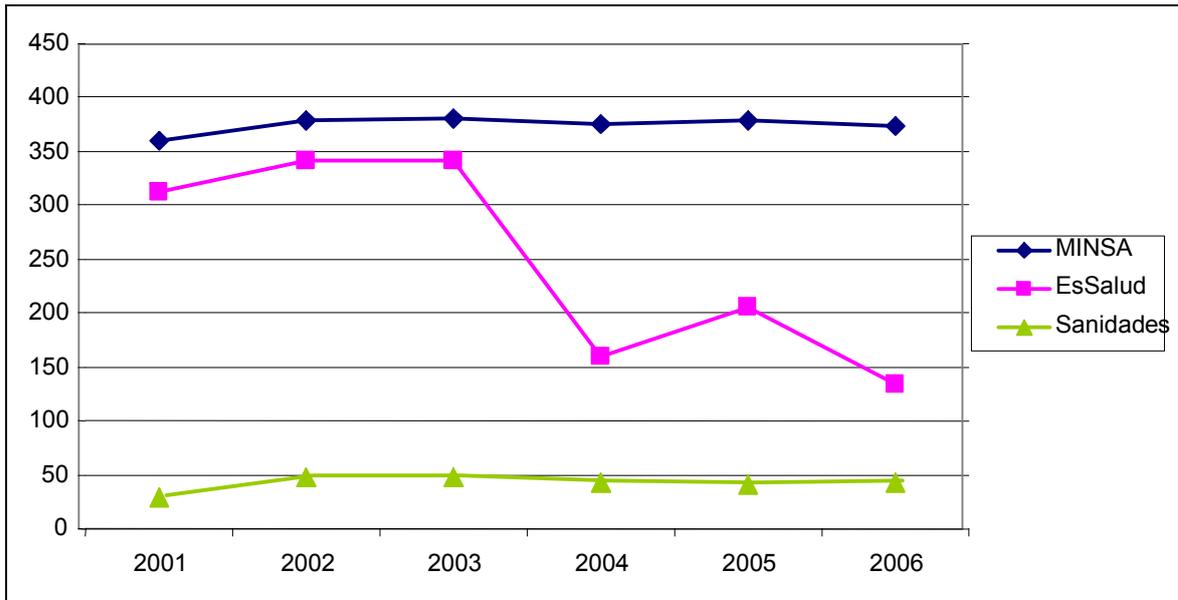
**Figura Nº16. Evolución Histórica de Plazas Ofertadas en los Procesos de Admisión del SINAREME, 2001-2006**



La comparación de la evolución de los diferentes tipos de vacantes revela que la continua disminución de plazas totales es ocasionada fundamentalmente por una disminución de la oferta de plazas libres. En el proceso de admisión 2002 y el de 2006 ha habido una reducción de 786 a 583 plazas ofertadas.

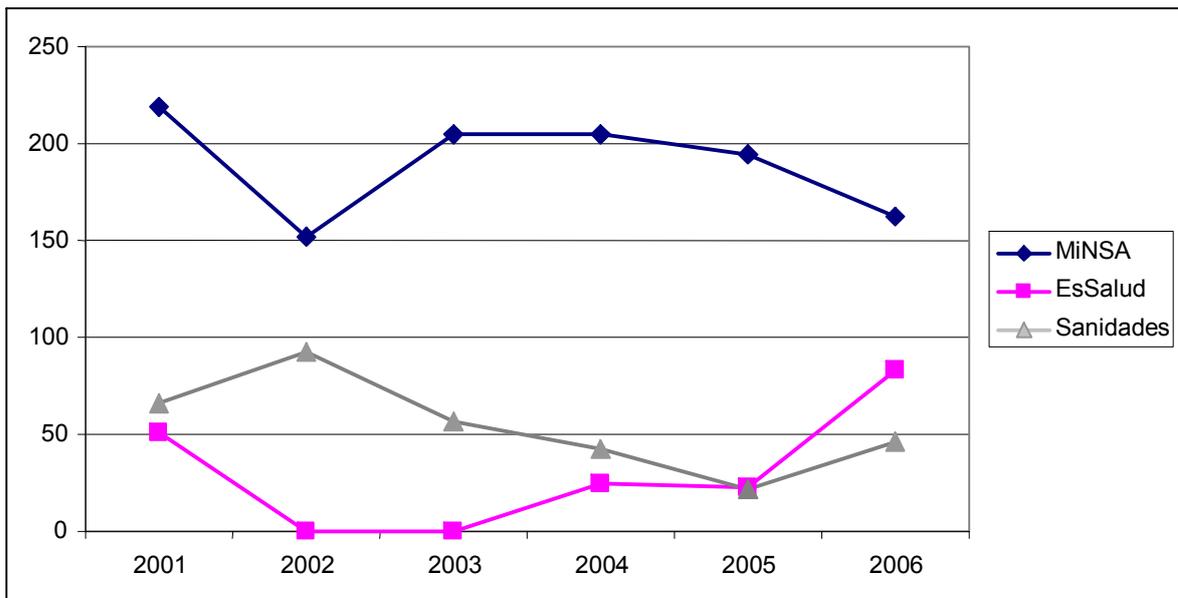
El análisis de esta oferta educativa de residentes por entidad prestadora muestra que la disminución en el número de plazas libres, arriba referido, es fruto principalmente de la menor oferta de EsSalud, declive que se ha acentuado drásticamente en los últimos 2 años.

**Figura N°17. Evolución 2001-2006 de Plazas Ofertadas en los Procesos de Admisión del SINAREME por Institución Prestadora**



Por el contrario, el número de plazas de residentado por destaque disminuye en cierto nivel, pero no de manera significativa, al menos hasta el año 2005, en la medida en que la menor oferta de las Sanidades es compensado por el incremento de la oferta de EsSalud.

**Figura N°18. Evolución Histórica (2001-2006) de Plazas Ofertadas por Modalidad por destaque en los Procesos de Admisión del SINAREME por institución**



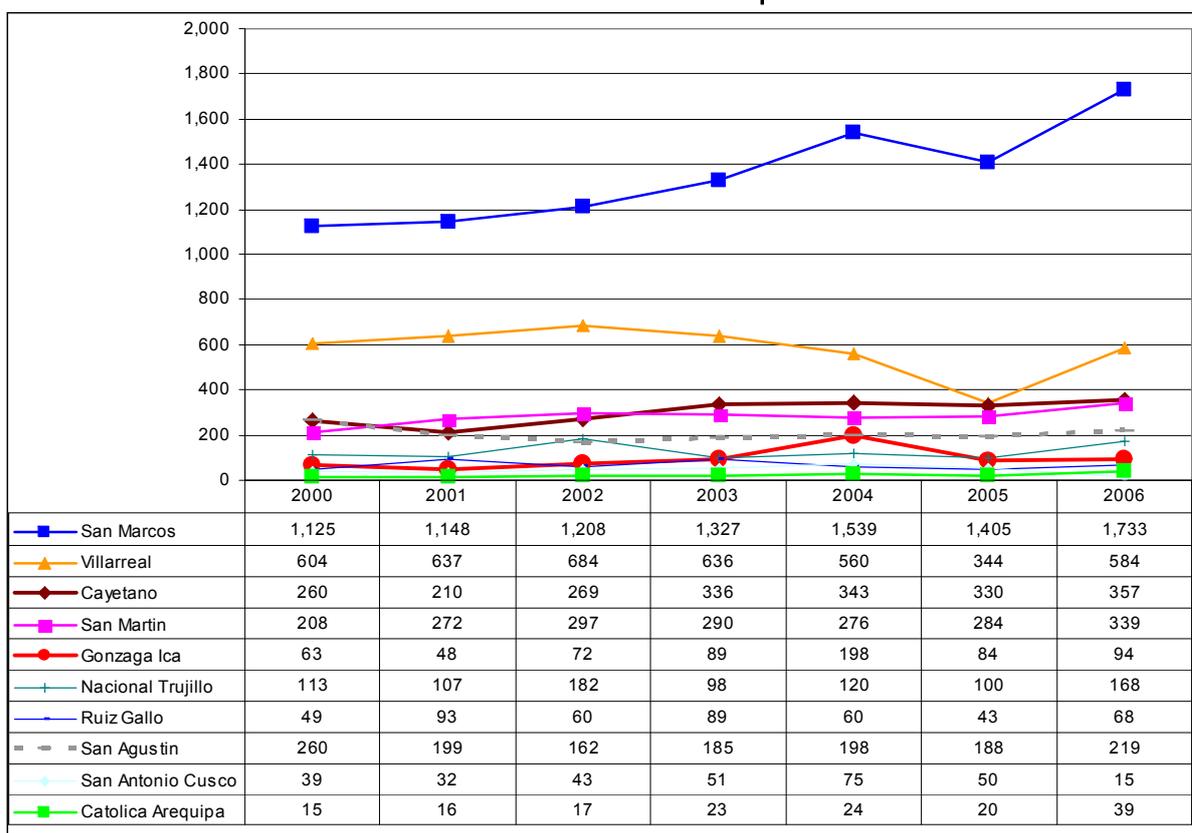
En cuanto a la demanda por campos clínicos de especialización, ésta se expresa en el Sistema Nacional de Residentado Médico fundamentalmente a través del número de

postulantes en los procesos de admisión. Así, según datos del SINAREME, el número de postulantes en el proceso de admisión 2006 fue de 3,616 médicos. Una amplia mayoría de ellos postuló en la modalidad libre. Los postulantes según modalidad se distribuyeron así:

- Modalidad Libre: 3255 médicos
- Modalidad Destaque: 297 médicos
- Modalidad Cautiva: 60 médicos
- Modalidad Beca Internacional: 4 médicos

Una mirada histórica del número de postulantes al residentado nos permite dimensionar, de nuevo, el desequilibrio oferta-demanda surgido en los últimos años. Como se muestra en el siguiente gráfico, los postulantes han pasado de 2,700 el año 2000 a 3,600 el año 2006. Este incremento no ha sido uniforme entre las universidades.

**Figura N°19. Evolución histórica del número de Postulantes a los Procesos de Admisión 2001- 2006 del SINAREME por universidades**



De otro lado, con respecto a la concentración geográfica de la demanda, se observa que el centralismo también se refleja en la demanda, al menos en la misma magnitud que la oferta: el año 2000 el 80.3% de los postulantes provenía de Lima y el 19.7% de las regiones y el año 2006 provinieron de Lima el 83.32% y de las regiones el 16.66%, esto es, el centralismo en la demanda se estaría incrementando.

**Tabla N°23. Evolución histórica del número de Postulantes a los Procesos de Admisión (2001- 2006) - SINAREME según Lima y regiones**

Ambito	Universidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
L I M A	UNMSM	1,125	1,148	1,208	1,327	1,539	1,405	1,733
	UNFV	604	637	684	636	560	344	584
	UPCH	260	210	269	336	343	330	357
	USMP	208	272	297	290	276	284	339
	Subtotal Lima	2,197	2,267	2,458	2,589	2,718	2,363	3,013
	Crecimiento	1	1.03	1.12	1.18	1.24	1.08	1.37
R E G I O N E S	UNSLGI	63	48	72	89	198	84	94
	UNT	113	107	182	98	120	100	168
	UNPRG	49	93	60	89	60	43	68
	UNAS	260	199	162	185	198	188	219
	UNSAAC	39	32	43	51	75	50	15
	UCSM	15	16	17	23	24	20	39
	Subtotal Regiones	539	495	536	535	675	485	603
	Crecimiento	1	0.92	0.99	0.99	1.25	0.9	1.12
<b>Lima (%)</b>		<b>80.3</b>	<b>82.02%</b>	<b>82.10%</b>	<b>82.87%</b>	<b>80.11%</b>	<b>82.97%</b>	<b>83.32%</b>
<b>Regiones (%)</b>		<b>19.70%</b>	<b>17.92%</b>	<b>17.90%</b>	<b>17.13%</b>	<b>19.89%</b>	<b>17.03%</b>	<b>16.66%</b>
<b>Total</b>		<b>2736</b>	<b>2762</b>	<b>2994</b>	<b>3124</b>	<b>3393</b>	<b>2848</b>	<b>3616</b>

El cruce de la información sobre oferta de campos clínicos de especialización y demanda por los mismos, dada por el número de postulantes, permite arribar al indicador de “presión de selección” en el sistema de residentado, que, conforme se muestra, está aumentando. Así la “probabilidad de ingreso” al sistema es en términos generales casi de 1 a 4 en el año 2006 (3.88 postulantes/vacante). Cuando se analiza esta presión de selección según las distintas modalidades de postulación se observa que ésta es mucho más alta en plazas libres - que pasan de 3.56 a 5.89 del 2001 al 2006 - que en las plazas por destaque (1.02) y las plazas cautivas (0.72), como se muestra para el año 2006.

**Tabla N°24. Presión en el sistema según modalidad de selección SINAREME 2001-2006**

Año	General	Modalidad Libre	Modalidad Destaque	Modalidad Cautiva
2001	2.47	3.56	-	-
2002	2.76	3.43	-	-
2003	2.81	3.60	-	-
2004	3.63	5.31	-	-
2005	2.95	3.94	-	-
2006	3.88	5.89	1.02	0.72

Fuente: SINAREME 2006

## CAPÍTULO 3. LA CONSTRUCCION HISTORICA DE LA REGULACION DE CAMPOS DE FORMACION EN SALUD EN EL PERU

En el presente capítulo reseñaremos los diferentes procesos que ha abarcado la difícil construcción de la regulación de los campos de formación en salud en el Perú.

Ha habido tres etapas en esta historia: 1) la que abarcó las décadas de 1960 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque intervencionista; 2) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y 3) la etapa 2000-2006, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, pero en una confrontación permanente y de pronóstico reservado entre los actores regulacionistas y los desregulacionistas.

El ejemplo por excelencia de la primera etapa fue el Consejo Universitario de la Universidad Peruana (CONUP). En el tema de los campos clínicos esta etapa generó CONAREME, que expresa desde sus orígenes lo que hemos denominado la regulación del “deber ser”, esto es la vertiente de construcción de la regulación desde una mirada normativa de los campos clínicos y de la formación. La reivindicación de la planificación y gestión de los campos clínicos, la idea fuerza de sistema y la bandera de la autoridad ante el desorden, son tres características de esta corriente.

En los 90 el patrimonialismo, siempre reacio a esta racionalidad sistémica, encontró un aliado en el enfoque de mercado, que entre 1995 y 1996 abrió las compuertas para que se multiplicasen aún más las entidades educativas en salud. Hasta ahí los congresistas generaban sin mayor fundamento nuevas universidades públicas, buscando votos. Desde entonces, algunos empresarios empezaron a generar universidades privadas. Entre ambos generaron tal desorden que, en reacción, en la segunda mitad de los 90 los colegios profesionales comenzaron a exigir una regulación, naciendo CAFME.

Comenzó a sí a formarse el actual “bloque histórico” regulacionista, que es una alianza de la antigua corriente normativa, con la nueva corriente gerencialista sobre la calidad y con las dirigencias corporativas, interesadas en limitar el número, condición de conservación del estatus profesional.

Si en pleno apogeo de las concepciones intervencionistas del Estado en los 70 éste no había podido asumir por sí solo la regulación de la formación, menos aún ha podido ser el gran protagonista, solo, en esta reconstrucción de la regulación. Más bien ésta viene surgiendo desde los actores sociales de las profesiones de salud, que se autorregulan y/o cogestionan la regulación luego de elevar sus propuestas al Estado y conseguir su aprobación. Este es el caso de las intervenciones de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, del Colegio Médico del Perú, del Colegio de Enfermeros, del Colegio de Obstetrices, de muchas Facultades con actuación destacada en este campo, y de agencias de cooperación y ENIEXs, que han venido apoyando el surgimiento de iniciativas, como el Proyecto AMARES, OPS, Pathfinder, DFID y otras.

Aquí no es posible reconstruir toda la historia de la regulación, pero sí, abreviadamente, la de tres procesos: el de CONAREME, el de CAFME y la

Recertificación, y el de la creación de instancias de autoridad y sistemas recientes de regulación, como el IDREH y SINAPRES.

### **3.1 La regulación del “deber ser”: el Comité Nacional de Residentado Médico.**

La formación de especialistas en medicina en el Perú empezó en forma escolarizada en 1962. Los antiguos especialistas se formaban empíricamente, a partir de la práctica profesional y la autoformación. La formación previa era por tanto no estructurada académicamente. Así, el médico que deseaba especializarse en algún área específica de la medicina o necesitaba adiestrarse en nuevas técnicas médicas o quirúrgicas acudía en forma voluntaria a algún hospital, solicitando al Jefe de Departamento o Servicio el ser admitido como “Asistente libre” o “Ayudante ad-honorem”. La prestación de los servicios médicos era gratuita, o compensada, al menos parcialmente, con la oportunidad de adiestrarse, asumiendo en la práctica una parte importante de la labor asistencial desarrollada en los hospitales.<sup>17</sup>

Esta forma de tutoría eminentemente práctica, tenía en la buena voluntad y el criterio del Jefe de Departamento o Servicio que los recibía la debilidad inherente a esta modalidad, una formación no estructurada en base a objetivos curriculares ni competencias a alcanzar. Sin embargo, es evidente que así se formaron numerosos, y algunos excelentes, especialistas en nuestro país.

A partir de la década del 50 y especialmente 60, diversos factores contribuyeron a modificar drásticamente esta forma inicial de especialización profesional, entre los cuales distinguimos los siguientes:

- a) El trabajo voluntario se hace crecientemente incompatible con la necesidad por asegurar un nivel remunerativo aceptable a los médicos, especialmente los jóvenes egresados.
- b) Las instituciones prestadoras de servicios de salud (incluyendo la seguridad social) expanden de manera importante su cobertura, incrementando su requerimiento por especialistas, en número y calidad creciente.
- c) La presencia de modelos de formación en otros países, especialmente los desarrollados, que generan referentes de enfoques planificados académica e institucionalmente, con un mayor componente escolarizado en la formación de médicos especialistas.

A inicios de los años 60, se generan en algunos hospitales programas más estructurados de formación de especialistas, especialmente para sus profesionales. Este proceso no era coordinado con las universidades, ni estaba sometido a ningún tipo de regulación, asumiendo el Hospital la entera responsabilidad del desarrollo del programa. Cada establecimiento de salud formaba su propio Comité de Residentado. El médico que culminaba este programa recibía un diploma firmado por el Director del Hospital como toda constancia de la capacitación realizada.

---

<sup>17</sup> Donoso Infante, Alberto. Actividades docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Hospital Centro de Salud Docente del Rímac: Informe, 2da. parte. Lima: UPCH; 1971, p.7

Estos programas de residencias hospitalarias se iniciaron en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas, posteriormente Instituto de Enfermedades Neoplásicas, en el cual se instauró un proceso formativo con enfoque piramidal, sin intervención de una Facultad de Medicina, e inspirado fundamentalmente en el modelo norteamericano. Este Instituto - inaugurado en 1939 con el nombre de Instituto del Cáncer - sufrió una profunda reorganización en el año 1952, bajo la dirección de su entonces Director, el Dr. Eduardo Cáceres Grazziani, quien establece el sistema de Residentado Médico en la especialidad, por primera vez en el Perú. A partir de ahí se organizaron cursos y rotaciones y se desarrolló una prolija, profunda y exigente labor de formación de médicos especialistas.<sup>18</sup> Esta importante experiencia se irradiaría en los años siguientes al Hospital de Arequipa y a otros hospitales del país, si bien no siempre con la misma solvencia que el INEN mostraba.

Desde el ámbito de las universidades, la formación de médicos especialistas en el Perú se inició en 1962 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desarrollándose en los siguientes años en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1963), la Universidad Nacional de Trujillo y la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa (1965), y posteriormente en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica (1968)<sup>19</sup>. Son los docentes de estas universidades, con base en la formación y experiencia desarrollada especialmente en los Estados Unidos de América, los que más abogaron por el desarrollo de estos programas en los mismos hospitales en que se desarrollaba la formación de pregrado, denominándoles también sistema de residentado. Un marco normativo inicial fue dado por la Resolución Ministerial 90-63-DGS.

En el Segundo Seminario Nacional de Educación Médica de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), celebrado en Arequipa del 1 al 6 de noviembre de 1965, la Educación para Graduados -así denominada en aquel entonces- estuvo incluida como uno de los tres temas oficiales. En la Sesión Inaugural el Dr. Félix Náquira, Presidente del Seminario, expresaba<sup>20</sup>:

“La enseñanza para Graduados ha sido propuesta en este Seminario para atender las demandas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que requiere especialistas para ampliar la red hospitalaria nacional. Como un exponente del más elevado espíritu de colaboración de las Facultades de Medicina con los Programas del Ministerio, el Seminario discutirá este tema para sentar las bases de los programas de educación para graduados en el Perú, la formación de especialistas por el régimen de residencias, los cursos de perfeccionamiento y los programas de actualizaciones médicas”.

En aquella oportunidad el Dr. Carlos Quirós, Director General de Salud señalaba<sup>21</sup>:

“Estas residencias han funcionado con programas bien conformados y con adecuada supervisión, unas veces no, habiéndoles faltado en la mayoría el contenido docente mediante su afiliación a las Facultades de Medicina. Su institución obedeció a necesidades del Servicio y de formación de

<sup>18</sup> Acerca del INEN: Historia, Parte 1. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas, 11 mayo 2005

<sup>19</sup> Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Colegio Médico del Perú. Seminario de Evaluación del Residentado Médico “Daniel A. Carrión”, 15-18 de setiembre de 1985. Lima: ASPEFAM,; 1985.

<sup>20</sup> Donoso Infante Alberto. Op. Cit. p. 5 (segunda parte).

<sup>21</sup> Carlos Quirós S. Presentación de las necesidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con referencia a los programas de enseñanza médica. En: 2º Seminario de APFM. Lima; 1965. Mimeografiado.

especialistas que se ha hecho cada vez más aguda, con el incremento de nuevos servicios hospitalarios.”

“Comprendiéndolo así, el Ministerio de Salud Pública constituyó una Comisión compuesta por los Jefes de las Escuelas de Graduados de las Facultades de Medicina de San Fernando y Cayetano Heredia y del Ministerio de Salud Pública, que ha presentado un “Anteproyecto de Programa de Adiestramiento Médico por el sistema de residencia” y que fue aprobado por Resolución Suprema N° 241/65, DGS, que establece los requisitos y programas que debe reunir.”

Esta Resolución Suprema N° 241/65, DGS - Reglamento del Residentado Médico Hospitalario, a la que se hace referencia, representa el primer esfuerzo concreto por articular la formación de especialistas entre el Ministerio de Salud (Pública y Asistencia Social en aquel entonces) y las Facultades de Medicina (representadas por ASPEFAM, en aquel entonces APFM). Indudablemente un factor catalizador de este proceso fue la creciente demanda por médicos especialistas, en una red de hospitales en acelerada expansión como señaláramos anteriormente, insatisfecha por el modelo clásico de tutoría no escolarizada. En forma paralela el Ministerio de Salud asumió el financiamiento de los programas, incluyendo este rubro en el presupuesto asignado a los hospitales sede, que inicialmente eran sólo 2 hospitales.

Es importante notar el componente educativo de la formación del especialistas que subyace a esta norma legal, reconociendo tal responsabilidad a las Facultades de Medicina, aun cuando de manera mediatizada, como se observa del siguiente articulado:

“... en los hospitales donde funcione el Sistema de Residentado Médico deberá existir un Comité de Educación formado por el Director del Hospital, el Sub-Director, los Jefes de los Departamentos o Servicios y el Representante del Cuerpo Médico. Este Comité que estará autorizado para solicitar asesoría de las Facultades de Medicina, estará encargado de la organización y control del desarrollo de las actividades del sistema, así como de la selección de los candidatos.”<sup>22</sup>

En la práctica las Facultades de Medicina delegaron su función en sus Escuelas de Graduados (San Marcos y Cayetano Heredia) o en sus Departamentos de Internado y Graduados (Arequipa). Al inicio, el papel de las Facultades era limitado en la formación del médico especialista, circunscribiéndose a la planificación del programa, y estando a cargo del hospital, por intermedio de sus Comités de Educación o Residentado Médico, la conducción y ejecución de los programas.

Asimismo, una de las debilidades centrales de esta norma fue el no considerar la creación de un organismo superior normativo y de articulación entre el Ministerio de Salud y las Universidades, quedando este proceso circunscrito al nivel local, en lo administrativo, bajo la responsabilidad de la Dirección del respectivo Hospital, y en lo académico, de la Facultad de Medicina correspondiente. Finalmente la misma norma señalaba el procedimiento para iniciar el Programa en un hospital, el cual consistía en:

- a) La calificación del hospital como Centro de Adiestramiento Médico.

---

<sup>22</sup> Resolución Suprema N° 241/65/DGS, Reglamento del Residentado Médico Hospitalario.

- b) La solicitud del hospital acreditado a una Facultad de Medicina, a través del Ministerio de Salud, para que auspicie su programa de residencia, y que este auspicio sea aceptado y concedido por la Facultad correspondiente.
- c) Los compromisos de la Facultad de Medicina de asumir las responsabilidades académicas y de supervigilancia del programa que auspicia; y del hospital, de asumir las responsabilidades administrativa y económica del respectivo programa.

Al culminar estos estudios, los médicos especialistas recibían un Certificado de Estudios (Diploma de Especialista o de Residentado), suscrito por el Decano de la Facultad de Medicina y el Director del Hospital en el que se había realizado el Residentado.

Posteriormente, en 1970, y ante la necesidad de regular el ejercicio profesional de los médicos especialistas, el Colegio Médico del Perú aprobó el Reglamento de Especialización Profesional, fundamentándolo en la informalidad de las prácticas, tal como se sostiene en la siguiente cita:

“Desde hace muchos años existen en nuestro país instituciones académicas representativas de las especialidades médicas, las que a través de distintos procedimientos, han incorporado en su seno a los especialistas peruanos dándoles informal respaldo para su específico ejercicio. Pero aún no existen criterios y normas oficialmente adoptados para la calificación de especialistas, aunque varias sociedades médico científicas hayan dedicado esfuerzos en este sentido. Como es lógico suponer, tampoco existía entidad oficial de carácter nacional encargada de garantizar la calidad de los profesionales médicos.”<sup>23</sup>

Paralelamente a este Reglamento se crean “Comisiones Nacionales de Especialistas”, asignándoles entre otras funciones la de “Estudiar e Informar al Comité de Educación Médica y Especialización Profesional del Colegio Médico sobre la calidad de los programas de post-grado, nacionales y extranjeros, para los fines de la calificación de especialistas.”<sup>24</sup>

Con la promulgación de la Ley Universitaria (Decreto Ley 17437) del 18 de febrero de 1969, se crea un organismo de control, asesoría y coordinación universitaria: el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP) en lugar del antiguo Consejo Interuniversitario, se reemplaza las Facultades por los Programas Académicos, se crean los Departamentos Académicos y se establecen tres niveles de estudios: general, especializado y de perfeccionamiento. El Decreto Ley 17437 sería complementado con el Estatuto General de la Universidad Peruana y los Reglamentos Generales de cada Universidad. Es con base en estos instrumentos legales que se establece un marco normativo para las Residencias Médicas en el Perú, articulado como parte del Sistema de la Universidad Peruana.

En efecto, el Estatuto General de la Universidad Peruana consideraba el perfeccionamiento de los profesionales universitarios. Estos estudios fueron denominados “Estudios de Segunda Especialización”, con el fin de ser coherentes con la Ley Universitaria en la que se establecía una primera fase de “Estudios Generales”, seguida de los estudios profesionales denominados “Estudios de Especialización” y posteriormente los estudios de perfeccionamiento como tercera

---

<sup>23</sup> Colegio Médico del Perú. Reglamento de Especialización Profesional. Lima: CMP, 1970, p. 3.

<sup>24</sup> Ibid. p. 5

etapa, lo que no ha dejado de generar confusión e inconsistencias en las normas.<sup>25</sup> Esta denominación de “estudios de segunda especialización” persiste hasta el presente en varias universidades, aun cuando la explicación legal de tal acepción no es vigente desde la anulación de los estudios generales en la década del 70. En la misma lógica, estos estudios de “Segunda Especialización” fueron denominados bajo el epígrafe de “Programa Académico de Segunda Especialización”. Así, en el caso de medicina se desarrollaron Programas de Segunda Especialización, dependientes del Programa Académico de Medicina.

La misma norma jurídica señalaba que estos Programas debían ser conducidos por un profesor universitario, en calidad de Coordinador o delegado del señor Director en la medida que no tenían la categoría del Programa Académico de Medicina (estudios de pregrado). Sin embargo, en algunas Universidades se designó como “Directores”, “Encargados” y “Coordinadores” a los docentes que asumían la responsabilidad de dirigir el programa.

Asimismo, la Ley Universitaria (D.L. 17437) disponía que todo Programa educativo de las Universidades, debiera tener la aprobación del CONUP, lo cual se aplicaba también a los Estudios de Perfeccionamiento (Segunda Especialidad en el caso de medicina). Con el fin de lograr esta aprobación, el Estatuto disponía que las Universidades debían presentar un Proyecto de Programa, lo que implicó un importante esfuerzo académico por concretar una visión del desarrollo de estos estudios, estableciendo los objetivos del mismo, las facilidades con que debían contar los establecimientos de salud para la formación de especialistas, la relación de docentes responsables de la tutoría y conducción del programa, el plan curricular a desarrollar, entre otros elementos. Este proceso de autorización consolidaría, bajo el marco de la Ley Universitaria y el Estatuto General de la Universidad Peruana, el concepto que la formación de médicos especialistas estaba a cargo de las universidades.

El 21 de Marzo de 1972, se promulgó el Decreto Ley 19326 - Ley General de Educación - en el que quedaron consagrados los estudios de Especialización, establecidos en el tercer nivel de educación superior. Sin embargo, se entregó a las universidades la función de emitir sus propios Estatutos, los que terminan no consagrando los Estudios Generales, creándose un desfase legal con toda la estructura de postgrados, incluyendo maestrías, doctorados y segundas especialidades.

Con base en el Decreto Ley 19326 se expide el 23 de septiembre de 1976, el Decreto Supremo N° 00659-76-SA - Reglamento del Sistema Nacional de Formación de Especialistas de Medicina Humana. Esta norma legal tenía por finalidad normar la organización y funcionamiento del Sistema Nacional. Es con esta norma que se establece un sistema nacional de integración docente asistencial que involucraba a las entidades formadoras de Especialistas y las instituciones prestadoras de servicios de salud, que emplearían a estos profesionales. La emisión del Decreto Supremo 00659-76-SA, fue la culminación de un trabajo metódico, conducido por el Dr. Rodolfo Gonzáles Enders, docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la decidida colaboración del Dr. Alejandro Bazán Gonzáles, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y de destacados docentes de ambas universidades, así como directivos del Colegio Médico del Perú.

---

<sup>25</sup> Donoso Infante Alberto. Op. Cit. p. 13.

La promulgación del Decreto Supremo 00659-76-SA, con el que se crea el Sistema Nacional de Residentado Médico en el Perú<sup>26</sup>, asigna roles específicos a las instituciones involucradas, reafirmando a la Universidad como responsable de la formación académica y la planificación del proceso formativo. Las entidades prestadoras de servicios de salud quedan responsabilizadas de garantizar los procesos administrativos y económicos de los Programas, supervisar el desarrollo del programa en cada Hospital y contratar a los Médicos Residentes, dentro de las normas laborales y administrativas vigentes.

Asimismo se establecen Organismos de Coordinación Docente Administrativo, entre los que se crean:

1. El Comité Nacional de Residentado Médico;
2. Los Comités Regionales; y
3. Los Comités Hospitalarios.

Las funciones establecidas entonces para el CONAREME siguen vigentes desde hace treinta años y son las siguientes: (i) Establecer el número total y por especialidades de las plazas que se concursan cada año y su distribución entre los Programas Académicos de Medicina Humana de acuerdo a cada una de ellas. (ii) Establecer las normas de calificación de Hospitales y Centros de Salud adecuados para realizar las actividades del Sistema. (iii) Calificar los Hospitales y Centros de Salud adecuados.

El D.S. N° 00659 - 76 - SA definió a la formación de Especialistas como un sistema educativo, por el cual se ofrece a los profesionales médicos enseñanza y adiestramiento especializado de post-grado, mediante un programa docente asistencial desarrollado por las Universidades que cuentan con Facultades de Medicina Humana, en coordinación con los Servicios de Salud del país y orientado de acuerdo a los objetivos de los Planes Nacionales y Regionales de Salud, usando la metodología del Residentado Médico.

De acuerdo a esta norma, la máxima instancia del Sistema, el Comité Nacional de Residentado Médico, tenía una amplia y plural representación institucional, en la que se involucraba al Consejo Nacional de la Universidad Peruana, los Programas Académicos de Medicina Humana, las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud, Seguro Social del Perú, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y las entidades privadas) e instituciones representativas como el Colegio Médico del Perú y a la Asociación Nacional de Médicos Residentes.

Lamentablemente en esta primera fase, la dirección nacional adoleció de tres debilidades fundamentales: la primera a nivel del CONUP, que progresivamente dejó de existir y fue reemplazada por la Asamblea Nacional de Rectores, que no asumió el rol que le correspondía; la segunda, la ausencia de una Secretaria Permanente, que no fue instalada, y finalmente, la no elaboración de un plan que concretase la visión de los diversos actores institucionales involucrados y generase una dinámica institucional común, más allá de los problemas inmediatos.

Sin embargo, estas debilidades no deben menoscabar la importancia de la norma, la cual generó un punto de inflexión en el esfuerzo por estructurar una planificación

---

<sup>26</sup> Piscoya, José L. XXV Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico. En: Seminario Internacional 25° Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico. Lima, 26 y 27 de Setiembre de 2001. Lima: CONAREME; 2002, p. 25.

nacional y concertada de la formación de especialistas en el Perú. Valiosos y muchas veces aislados esfuerzos fueron desarrollados por algunas instancias dependientes de CONAREME, como el Comité Regional de Lima, bajo la dirección del Doctor Raúl Schmidt Pinedo o el Comité Hospitalario del Hospital Central N° 1 (llamado Obrero y actualmente Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud), bajo la dirección del Dr. Alberto Cornejo Donayre<sup>27</sup>. A pesar de la norma, para 1985 los únicos organismos que funcionaban en forma regular eran los Comités de algunos hospitales, los cuales inclusive existían antes del Decreto Supremo N° 00659-76-SA. Por ello cada facultad organizaba e implementaba su Programa en forma autónoma, dando lugar a que se multiplique el número de especialidades en funcionamiento y aumente el número de Residentes en Hospitales no calificados. Sin embargo, las Facultades definían el Residencia Médico como una modalidad de enseñanza de post-grado destinado a médicos en el nivel de especialización, caracterizada por entrenamiento y servicio, en un régimen de dedicación exclusiva, funcionando en Instituciones de Salud Universitarias o afiliadas a ella, con la orientación de profesionales y médicos de elevada calificación ética profesional.

Entre el 15 y el 18 de septiembre de 1985, se realizó el Seminario de Evaluación del Residencia Médico “Daniel A. Carrión”, organizado por ASPEFAM y el Colegio Médico, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud. Este evento se desarrolló en el marco de una nueva Ley Universitaria - Ley 23733, y en sus conclusiones finales se explicitaron las graves deficiencias en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, con responsabilidades compartidas a nivel de las facultades, las Sedes Docentes y las instituciones prestadoras de servicios de salud. El Seminario reconoció la crisis del sistema al no haberse racionalizado la oferta, predominando las necesidades de las instituciones hospitalarias.

En correspondencia a esta situación, este evento formularía importantes propuestas, las cuales aun cuando no fueron aprobadas por la Plenaria, constituirían importantes insumos para las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residencia Médico (Decreto Supremo 008-88-SA) y el Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médico (Resolución Suprema 009-88-SA), promulgados posteriormente. Datos singulares en el Documento Final de este evento fueron la presentación de las necesidades de médicos especialistas para el año 1984, por parte de la Oficina General de Planificación del Ministerio de Salud; así como el número de médicos especialistas formados en esos años: 332 en 1980, 304 en 1981, 340 en 1982, 419 en 1983. En el año 1985 se ofertaron 531 vacantes (318 en el Ministerio de Salud, 116 en el IPSS, 95 en las Fuerzas Armadas y 2 en instituciones particulares), habiéndose presentado 1,729 postulantes.<sup>28</sup>

En 1986 se expide el D.S. 036-86-SA y su correspondiente Reglamento a través de la Resolución Suprema 005-87-SA, los cuales establecen algunos cambios, como la incorporación de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina como miembro del Comité Nacional, la desaparición de los Comités Regionales (que en la práctica no habían funcionado), el establecimiento de un Comité Ejecutivo, que le permitiría mayor agilidad a la gestión, la exigencia de haber laborado en servicios periféricos por lo menos tres años, la separación de vacantes para los médicos asimilados a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, el establecimiento de una fecha única a nivel nacional para el examen de selección, entre otros importantes aspectos. Sin embargo, estos dispositivos no entraron en ningún momento en vigencia en ese entonces.

---

<sup>27</sup> Piscocoya Arbañil José L. Op. Cit. p. 28.

<sup>28</sup> Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Colegio Médico del Perú. Seminario de Evaluación del Residencia Médico “Daniel A. Carrión”; 1985, Set 15-18; Lima, Perú. Lima: ASPEFAM; 1985.

Posteriormente se promulgaría el Decreto Supremo 008-88-SA - Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico, en que se establecen los fines, objetivos y funciones del sistema, así como las funciones de cada uno de los integrantes de este sistema, generando dos niveles organizativos: el Comité Nacional y los Comités Hospitalarios, con funciones claramente definidas. Asimismo se consagra la alternancia en la Presidencia del Comité Nacional, entre el Presidente de ASPEFAM y el Director Técnico de Recursos Humanos del MINSA, responsabilidad esta última asumida por el Director de la Escuela Nacional de Salud Pública y posteriormente por el Jefe del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

En este mismo año, se expide la Resolución Suprema 009-88-SA, Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico, que establece los procedimientos para el proceso de admisión y los derechos y deberes del residente, entre otros importantes ectos.

Años más tarde, en diciembre de 1999, se desarrollaría el Seminario de Planificación Estratégica del Sistema Nacional de Residentado Médico, con participación de representantes del conjunto de instituciones miembros, en el cual se aprueba la visión y misión del sistema y se establecen los objetivos estratégicos. A partir de este momento se afirma un trabajo sostenido y regular del Comité Nacional de Residentado Médico; se inicia la acreditación de programas de Residentado Médico; se aprueban los estándares mínimos de formación para las especialidades impartidas en el Perú; se regula el proceso de admisión y el Comité Nacional asume el rol de conductor, promotor y regulador del Sistema Nacional de Residentado Médico en el Perú. A partir del año 2,000 el CONAREME traza una línea, estableciendo y denominando a los programas existentes como “autorizados” y exigiendo la Autoevaluación y Acreditación para los programas nuevos, para las ampliaciones de vacantes de los ya autorizados, y para aquellos programas con objeciones de parte de alguno de sus integrantes. Desde esa fecha el CONAREME viene evaluando y acreditando los programas de formación de especialistas.

Más recientemente, entre el 12 y 13 de agosto de 2004, se realiza una Sesión Extraordinaria del Comité Nacional de Residentado Médico, con la estructura de un Seminario Taller, bajo la dirección del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) -que ejercía la Presidencia de CONAREME- y se analiza el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico (Resolución Suprema 009-88-SA). En este evento se genera un reglamento alternativo que apunta a establecer un proceso más objetivo, transparente e idóneo de admisión, privilegiando el desempeño en la prueba de selección, y enfatizando en el aspecto académico de la formación del médico especialista. Esta reunión contó con la activa participación del conjunto de instituciones integrantes del sistema, y sus conclusiones, aprobadas por consenso por el conjunto de sus miembros, se tradujeron casi íntegramente en la Resolución Suprema 018-2004-SA, expedida el 2 de diciembre de 2004 a través del cual se estableció el nuevo Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico, modificada puntualmente con la Resolución Suprema N° 002-2006-SA, actualmente vigente.

En nuestros días, la formación de médicos especialistas se imparte en 48 sedes docentes, con un total de 74 especialidades, en las siguientes universidades:

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Universidad Nacional Federico Villarreal
- Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Universidad de San Martín de Porres

- Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
- Universidad Nacional de Trujillo
- Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica
- Universidad Católica de Santa María
- Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco

Así, con 29 años del Sistema Nacional de Residentado Médico en el Perú, se percibe un esfuerzo permanente, aun cuando no siempre sostenido - especialmente al inicio, por garantizar una elevada calidad en la formación de los médicos especialistas, generando sistemas de aseguramiento de calidad que reafirmen el fundamento académico de la formación. El Sistema Nacional de Residentado Médico, y especialmente su Comité Nacional, representan el esfuerzo más importante de articulación interinstitucional en el país en los campos de la salud y la educación superior, y ha demostrado la viabilidad de avanzar con base en el consenso y la planificación de sus acciones en el logro de los objetivos institucionales. Sin embargo, persiste como desafío central del Sistema el generar un enfoque planificado de esta formación, que sea parte sustancial y coherente del modelo de atención integral que se ha definido en el país, y para lo cual se requiere un abordaje que conjugue la pertinencia y responsabilidad social de las instituciones con la necesidad de garantizar una formación encuadrada en los más altos estándares de calidad, en un mundo crecientemente globalizado.<sup>29</sup>

## **3.2 El impulso de la Regulación desde la Cultura de la Calidad y la Defensa del Status Profesional: La Acreditación y Recertificación.**

### **3.2.1 El camino de CAFME a SINEACE.**

La creación indiscriminada de Facultades de Medicina en los 90 generó la preocupación en un grupo de instituciones conformado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico del Perú, que en 1998 presentaron al entonces Ministro de Salud Marino Costa, el planteamiento de generar una contención legal a esta multiplicación, lo que dio lugar a un grupo de trabajo de una propuesta de Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.

El tema de la acreditación venía circulando con anterioridad en el sector salud, pues en 1992 ASPEFAM ya había organizado un Seminario sobre acreditación de Facultades de Medicina, pero encontró su ventana de oportunidad con el incremento indiscriminado de instituciones formadoras en medicina. El 11 de julio de 1999, mediante la Ley N° 27154, se institucionalizó la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana del país, para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad.

---

<sup>29</sup> Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud - Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano. Ministerio de Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. 1ª Ed., 2005, Serie de Recursos Humanos en Salud N° 1.

La Ley 27154 creó la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso. De esta manera se acordó que sólo se colegiarían y autorizaría el ejercicio profesional a médicos egresados de Facultades de Medicina acreditadas.

En el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA. Ese mismo año se iniciaron las visitas de verificación.

En el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo nuevamente el año 2006.

Al final, este proceso de acreditación en medicina sirvió de referencia para la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) y la generalización del proceso de acreditación a todas las carreras universitarias. En el 2003 la Ley General de Educación creó el Organismo del SINEACE y dispuso para el caso de la Educación Superior, la creación de un organismo a ser generado y normado por ley específica. Finalmente el 2006 se aprobó la Ley N° 28740 que creó el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, a cuya normatividad deberá ajustarse en adelante CAFME.

Se puede decir que desde su fundación en 1999 CAFME ha sido uno de los contrafuertes de la desregulación en la formación en salud, siendo vista con expectativa por la amplia mayoría sectorial que opina en contra de la multiplicación indiscriminada de nuevas facultades de ciencias de la salud y de la mediocrización de la formación en salud. Luego de 7 años de implementación del proceso de acreditación, CAFME ha sido un motor a favor de una cultura de calidad en las Facultades de Medicina uno de cuyos aspectos es la acreditación. Su nivel de actividad obviamente no ha sido igual en este lapso, por lo que cabe una evaluación de lo aprendido en las tres gestiones de sus presidentes, los Drs. Diego Gonzalez, José Piscoya y Juan de Dios Altamirano.

Sin embargo, reconociendo avances, todavía existen cosas preocupantes, en particular una de carácter general: el hecho de que todas las facultades de medicina existentes hayan pasado la acreditación, pese a evidenciarse desniveles importantes entre ellas, así como el funcionamiento sin acreditación de nuevas facultades o filiales de las mismas, o la generación autorizada de nuevas facultades pese a la sobre-oferta existente actualmente. Si el 100% de las facultades ha cumplido con los estándares mínimos para la acreditación, no cabe sino revisar dichos estándares, pues es visible la muy desigual calidad en la formación médica.

Existente de otro lado cada vez más consenso sobre la laxitud de los medios de verificación para la acreditación empleados por CAFME, los cuáles se centran básicamente en dos fuentes: (i) la firma y vigencia de convenios entre las instituciones formadora y prestadora y (ii) una declaración sobre la relación

profesor/alumno, establecida como máximo en 8. La relación docente - alumno debía ser evaluada sólo documentariamente mediante un informe indicando el número de alumnos asignados por grupo de práctica clínica y profesor responsable.

En cuanto a los estándares de acreditación relacionados con los campos clínicos, se estipularon fuesen cuatro:

- La Facultad o Escuela cuenta con los medios para que sus estudiantes realicen prácticas clínicas en establecimientos de salud que tienen la infraestructura, equipamiento y plana profesional que garantizan una práctica pre-profesional supervisada en los servicios de atención ambulatoria, de internamiento y de emergencia;
- La Facultad o Escuela cuenta con los medios para que sus estudiantes realicen el internado en las especialidades de medicina, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría en establecimientos de salud que tienen la infraestructura, equipamiento y plana profesional que garantizan una práctica pre-profesional supervisada;
- El número de estudiantes por profesor para prácticas clínicas (máximo 8); y
- La aplicación de medidas para controlar el uso de mascarillas, guantes y ropa de trabajo (chaqueta o mandil) por los estudiantes, durante la realización de prácticas clínicas y de laboratorio.

En términos generales, los aspectos mencionados no pertenecen necesariamente al campo estricto de la regulación de campos clínicos y tienen mucho que ver con la regulación de la formación y ejercicio profesional en salud. El diagnóstico de campos de práctica arroja por tanto datos que le exceden y refieren a temas de mayor magnitud. En cierto sentido pareciera que la realidad de la formación médica hubiera retrocedido hacia un estadio de permisividad y primacía de intereses particulares, generándose por ello un conflicto entre actores depredadores y actores regulacionistas.

### **3.2.2 El proceso de la recertificación.**

La amenaza de la formación de baja calidad motivó también otra línea de respuesta de la propia corporación médica, la recertificación profesional. Esta fue asumida por el Colegio Médico del Perú (CMP), que en paralelo al proceso que generó la CAFME realizó en Lima en 1998 seminarios de sensibilización sobre el tema, tomó conocimiento de experiencias internacionales a través de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), procedió a recarnetizar a sus colegiados colocando en el carné la especialidad médica y el tiempo de caducidad y promovió en 1999 una reunión técnica en que se plasmó un planeamiento estratégico sobre recertificación.

Es importante destacar que la experiencia peruana de recertificación médica no es una experiencia de regulación del Estado sino de auto-regulación profesional. El Colegio Médico tiene para ello atribuciones pues es el garante ante la sociedad de la calidad del ejercicio profesional, si bien ello no tiene que estar contrapuesto con el respaldo estatal a este proceso autónomo, que no se ha dado. Quizás influyó en el carácter autorregulado de la recertificación el hecho de que, una vez iniciado el proceso por el Colegio Médico, hubo el intento de incluir el relicenciamiento periódico obligatorio en la Ley General de Salud, esto es, la amenaza de perder cada cierto número de años la habilitación profesional, por lo que el surgimiento transaccional del proceso de recertificación médica (entre el Estado, el CMP y los médicos) determinó su carácter voluntario y basado en cursos.

En los dos primeros años del programa se presentaron 9,000 expedientes y en los siguientes dos años alrededor de 2,500. En lo que va del 2006 se han recertificado aproximadamente 1,000 médicos. Este descenso y desaceleración del proceso se explica principalmente por la falta de difusión y promoción del proceso, la relativa falta de interés en la recertificación y el carácter voluntario de la recertificación.

Actualmente, el CMP ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación médica que incluye la evaluación de la práctica profesional como un primer paso hacia la introducción progresiva de la evaluación de la competencia profesional. Sin embargo, la aceptación mayoritaria del proceso de recertificación por parte de los médicos, coexiste con las dudas sobre su utilidad, el bajo interés y la exigencia por disminuir los requisitos.

### **ALGUNOS REFERENTES HISTÓRICOS DE LA RECERTIFICACIÓN MÉDICA**

1998 - 1999: Asistencia de representantes del CMP a Seminario MERCOSUR sobre acreditación y conformación de Comité Organizador del Sistema de Certificación (SISTCERE Perú).

2000: Taller de desarrollo metodológico.

2001: Proceso es declarado de interés nacional por el MINSA. Resolución Ministerial N° 333-2001-SA/DM.

2001: Inicio del Proceso, otorga validez por tres años, asimilado al tiempo de validez del carné de médico.

2004: Consejo Nacional del CMP aprueba el Reglamento del SISTCERE mediante la Resolución N° 4409-CN-2004.

2004 - 2005: Reestructuración y adecuación a un lustro de vigencia y en consulta a nivel nacional con Talleres Macroregionales de Recertificación.

En función al panorama descrito, el Colegio Médico informa viene explorando una serie de alternativas que incluyen:

- El impulso de un proceso de planificación estratégica de recursos humanos, en particular de médicos, obligatorio para las universidades públicas e indicativo y con incentivos para las universidades privadas.
- La elevación de los estándares de acreditación, cambiando su orientación documentaria por una de reconocimiento real de capacidades institucionales y de competencias de los alumnos y egresados, como por ejemplo implementar el examen clínico objetivo estructurado (ECOЕ).
- Eliminación de la colegiación automática y establecer la aprobación de un examen de suficiencia profesional como requisito de colegiación y autorización de ejercicio profesional.
- Fortalecimiento del proceso de recertificación médica, articulándolo con la normatividad establecida por SINEACE.

### **3.3 La Construcción de una autoridad reguladora y el Sistema de Pregrado en Salud: Del IDREH al SINAPRES.**

#### **3.3.1 La creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).**

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) se fundó sobre los activos y pasivos de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú "Dr. Mario León Ugarte" (ENSAP), creada en 1963. Todos los estudiosos de la evolución de la salud en el Perú cuentan del importante rol que cumplió la Escuela en la producción de conocimientos y reproducción de material académico, especialmente en los campos de la salud pública y la planificación en salud, en sus décadas iniciales de vida. Hay que acordarse de que Mario León Ugarte tuvo un gran ascendiente sobre los salubristas de la época, al punto que presidió la Comisión de Reforma en Salud formada en 1976. Era entonces considerado casi un rector. No es casual en 1983 se promulgara la Ley N° 23733 o "Ley Universitaria" que incluyó a la Escuela en el ámbito universitario. En 1985 la Escuela de Salud Pública del Perú se convirtió formalmente en la "Escuela Nacional de Salud Pública" definida ésta como el Instituto Nacional encargado de promover y realizar acciones educativas dirigidas a elevar la capacidad y potencial del personal de Salud.

En ese entonces la Escuela cumplía todas las funciones del Estado prestador y por tanto era no sólo una entidad reguladora sino también proveedora de capacitación y de formación en salud. Es más, era más capacitadora que promotora de la investigación o reguladora de la actividad educativa en salud. Sin embargo, ya en los años 80 vivía un lento declive. Cuando el enfoque de mercado se hizo hegemónico en los 90 en el país y en salud, la Escuela fue desmantelada de recursos y funciones, y no quedaron ni trazos de su origen y trayectoria original. La Escuela no se percató del cambio en los tiempos y prosiguió tratando de ser lo que ya no podía ni debía ser, una entidad organizadora de programas académicos cada vez más discutibles, copias de copias, sin asumir lo que le correspondía por ser función estratégica estatal: la regulación y la investigación de temas críticos para la toma de decisiones.

Mientras ella declinaba las universidades cubrían el país de postgrados en salud, hasta un punto que la pérdida de legitimidad de la Escuela convocó al Ministro Eduardo Pretell del Gobierno de Transición, a conformar mediante la Resolución Ministerial N° 106-2001-SA/DM del 15 de febrero del 2001 una Comisión Sectorial encargada de formular la propuesta de reestructuración de la ENSAP, conformada por los Drs. Eduardo Paredes, Juan Arroyo y Constantino Domínguez. Fue en dicha Comisión que se formuló la propuesta de creación de un Instituto Nacional, siguiendo el modelo mexicano del Instituto de Salud Pública de Cuernavaca, que incorporó la anterior Escuela de Salud Pública de México dentro de sus funciones priorizadas de investigación y desarrollo científico de frontera. El informe final de esta Comisión de Reestructuración fue elevado en junio del 2001 al Ministro de Salud. Finalmente, en el año 2002, se creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, IDREH, sobre la base de la ENSAP, en un modelo diferente que el mexicano si bien bajo la denominación de Instituto.

De acuerdo con esta Ley, el Instituto tenía como misión conducir las actividades de investigación académica, formación, capacitación y especialización del personal así como el desarrollo y la evaluación de la calidad de los recursos humanos. Es importante anotar que dentro de los objetivos funcionales establecidos en su Reglamento de Organización y Funciones (Decreto Supremo N° 005-2003/SA) se

establecen como funciones el proponer políticas y normas para regular los programas de especialización, formación, capacitación, certificación y recertificación de los recursos humanos del sector salud y del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado; así como regular y gestionar los programas de internado, residentado y SERUMS; asimismo se establecen las funciones de planificar, supervisar y evaluar los procesos de distribución de plazas de profesionales y especialidades de SERUMS, internado y residentado de acuerdo a las políticas del sector y necesidades del país, en coordinación con las instituciones y órganos pertinentes.

De esta manera, el Ministerio de Salud, intentaba dotarse de una unidad orgánica que asumiese la responsabilidad de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud.

### **3.3.2 El rol regulador de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).**

Como vamos viendo, nunca el Estado ha podido asumir por sí solo la regulación de la formación médica, surgiendo ésta desde los actores sociales de la profesión, que se autorregulan y/o cogestionan la regulación luego de elevar sus propuestas al Estado y conseguir su aprobación. Este es el caso de las intervenciones de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina desde hace varios años en el campo de la planificación y regulación de los campos clínicos, tema presente desde su fundación en 1964, pero profundizado desde fines de los 90 al punto que hoy ASPEFAM es un ente regulador más allá del debate sobre si le corresponde tal rol o no.

Este periodo de presencia activa de ASPEFAM en la regulación tuvo uno de sus hitos iniciales el 28 de Marzo de 2001, cuando el Consejo Directivo de ASPEFAM, bajo la presidencia del Dr. Fausto Garmendía, aprueba constituir la “Comisión de Readecuación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú”. Esta Comisión se instala el 11 de abril de 2001, presidida por la Dra. María Valcárcel e integrada por los Drs. Luis Díaz Díaz, Guillermo Salaverry y Pedro Díaz Arteaga.

En su Informe Final<sup>30</sup> la citada Comisión informa que realizó un diagnóstico sobre los procesos de ingreso a internado de las facultades de medicina, encontrándose una amplia disparidad en los cronogramas de ingreso a internado, lo cual inviabilizaba cualquier propuesta de planificación racional a nivel nacional; asimismo se refieren a las coordinaciones desarrolladas con el IDREH, el Ministerio de Salud y EsSalud, en concreto realizadas con el Lic. Ciro Echegaray por parte del Ministerio de Salud y con la Dra. Erika Suzuki por parte de ESSALUD, las cuáles generaron una propuesta que recibió aportes y opiniones de distintas universidades.<sup>31</sup>

La citada Comisión presentó una propuesta al Consejo Directivo de ASPEFAM que permitiría homogenizar todos los cronogramas de internado a nivel nacional, acortando en un mes la duración de éste, y permitiendo que todos los internos inicien el año de formación el 1° de enero de 2004.

El 31 de Mayo de 2001, el Consejo Directivo de ASPEFAM, con presencia de los Drs. Fausto Garmendía Lorena (Decano de la Facultad de Medicina UNMSM), Jesús Fernández Urday (Decano de la Facultad de Medicina UNFV), Dr. Luis Caravedo Reyes

<sup>30</sup> Informe Final de la Comisión de Readecuación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú, 2001.

<sup>31</sup> Informe Final de la Comisión de Recaudación de Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú, 2001

(Decano de la Facultad de Medicina UPCH), Luis Vidal Neyra (Representante de la Facultad de Medicina UNSAAC) y Manuel Núñez Vergara (Secretario Ejecutivo ASPEFAM) adoptó los siguientes acuerdos:

- Acuerdo N° 029-CD-2001-ASPEFAM: Aprobar el Informe Final elaborado por la Comisión de Readecuación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú (Comisión de Internado), así como el Programa de Readecuación de los Cronogramas de Internado de las facultades de medicina miembros de ASPEFAM, encargando a esta Comisión el monitoreo e implementación de este Programa.
- Acuerdo N° 030-CD-2001-ASPEFAM: Convocar a todas las facultades de medicina miembros de ASPEFAM a implementar Programa de Readecuación de los Cronogramas de Internado, solicitando la expedición inmediata de los dispositivos internos pertinentes.
- Acuerdo N° 031-CD-2001-ASPEFAM: Solicitar a la Escuela Nacional de Salud Pública y a la Gerencia Central de Recursos Humanos de EsSalud la emisión de las directivas para que procedan a implementar el Programa de Readecuación de los Cronogramas de Internado.

Dada la importante experiencia desarrollada, la “Comisión de Internado”, se transformó por Acuerdo del Consejo Directivo de ASPEFAM (Acuerdo N° 046-CD-2003-ASPEFAM) en “Comisión de Pregrado”, recibiendo el encargo de “analizar y formular propuestas especialmente en lo concerniente a los campos clínicos”<sup>32</sup>. De esta manera, la citada Comisión presentaría, luego de un fuerte debate interno al interior de la misma y de ASPEFAM, una propuesta para constituir el Comité Nacional de Pregrado de Salud, el cual fue encaminado al Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).

### **La creación del Comité de Pregrado de Medicina (COPREME)**

El 13 de agosto de 2004 se firma y el 26 de agosto se publica la Resolución Ministerial N° 804-2004/MINSA que conforma el Comité de Pregrado en Medicina (COPREME). Este comité surge como iniciativa conjunta de ASPEFAM y el IDREH por generar un espacio de articulación del Ministerio de Salud con las facultades de medicina. La propuesta fue trabajada casi por 2 años. Inicialmente se proponía la creación de un Comité Nacional de Pregrado en Medicina, pero ello implicaba la emisión de un Decreto Supremo que involucrase a todas las instituciones prestadoras de salud, lo que se mostró muy difícil de gestionar. De acuerdo con lo contemplado en dicha resolución, este Comité estaría “encargado de la planificación, organización, monitoreo y evaluación del proceso de integración docencia-servicio e investigación en pregrado, entre los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las universidades que cuentan con Facultades o Escuelas formadoras de Profesionales de medicina”. El comité estuvo conformado por los Drs. Rómulo Carrión Arrunátegui (Representante del IDREH), Dr. Juan Ormeño Ara (2° representante del IDREH) y Luis Podestá Gavilano (Representante del IDREH), Drs. Luis Quinto Césare, Ulises Nuñez Chávez y Juan Ceccarelli Flores (representantes de ASPEFAM).

---

<sup>32</sup> Acta de la Sesión del Consejo Directivo de ASPEFAM, realizada el 29 de Abril de 2003, que contó con la presencia de los Drs. Jesús Fernández Urday (Presidente de ASPEFAM y Decano de la Facultad de Medicina UNFV), Fausto Garmendia Lorena (Decano de la Facultad de Medicina UNMSM), Juan Ceccarelli Flores (Decano de la Facultad de Medicina Humana UNSLGI), Luis Caravedo Reyes (Decano de la Facultad de Medicina UPCH), Moisés Cabrera Iturria (Representante de la Facultad de Medicina UNPRG) y Manuel Núñez Vergara (Secretario Ejecutivo ASPEFAM), además de los presidentes de comisiones.

Las funciones que asumiría serían las siguientes:

1. La planificación, concertación, integración de Información, comunicación, coordinación, monitoreo y evaluación del proceso de articulación entre instituciones formadoras y el Ministerio de Salud.
2. La propuesta de políticas, normas y requisitos para una adecuada distribución de los espacios clínicos de formación que aseguren niveles de calidad de la atención integral de salud y la formación de profesionales de medicina.

Entre el 17 de noviembre de 2004 y el 14 de febrero de 2005, una Comisión Técnica nombrada por el Comité de Pregrado de Medicina estructuró una propuesta de Reglamento del COPREME, que aprobada por éste fue canalizada al Ministerio de Salud, a través del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH). Sin embargo, el escenario había cambiado, y en la práctica esta propuesta fue subsumida en lo que constituiría el Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES, que reseñamos más adelante.

Más adelante, el 29 de Enero de 2005, se reunía la Asamblea General de ASPEFAM, en la cual se toma conocimiento de la emisión de la Resolución Ministerial 054-2005/SA (publicada el 27 de enero del mismo año), por el cual se modificaban cláusulas del Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial con Universidades que contaban con facultades formadoras de profesionales de las ciencias de la salud. En la práctica, a través de esta Resolución Ministerial, se desconocía el rol de COPREME y se establecía un marco regulatorio extremadamente vertical en la relación entre universidades y establecimientos del Ministerio de Salud, a través de las modificaciones que se establecían en los convenios específicos. ASPEFAM aprueba en esta Asamblea su discrepancia con la norma expedida, la cual es comunicada a la Dra. Pilar Mazzetti, quien dejaría días después sin efecto la Resolución Ministerial 054-2005/SA. Sin embargo, las instituciones formadoras, el IDREH, y el Ministerio de Salud habían sido sensibilizadas en este tema, inclusive como fuente potencial de conflictos entre las instituciones.

De esta manera, el 23 de abril de 2005, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina aprueba su Plan Estratégico 2005-2010, en el cual se señala como problema a abordar en segunda prioridad el “conflicto en la distribución de los campos clínicos” (el primero era el referido a los recursos financieros insuficientes), ante lo cual se aprueba como objetivo estratégico el “contar con un mecanismo concertado de distribución equitativa de campos clínicos” y se ratifica la “participación activa en COPREME”.<sup>33</sup>

Para viabilizar las acciones en relación a los campos clínicos se crea la Comisión Mixta de Alto Nivel, designada por Resolución Ministerial N° 100-2005/MINSA. Esta Comisión, que se instala en febrero de 2005, estuvo integrada por el Dr. Juan de Dios Altamirano del Pozo (presidente) y por el Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui (IDREH), la Econ. Vilma Inez Scarsi Hurtado (Oficina Nacional de Planeamiento Estratégico), los Drs. Luis Caravedo Reyes, Luis Quinto Césare, Ulises Nuñez Chávez (en representación de ASPEFAM), y el Dr. Julio Beltrán como Asesor Legal del IDREH. El Dr. Manuel Nuñez se desempeñó como asesor y secretario de esta comisión. Como parte del trabajo de la Comisión se realizó un análisis del derrotero histórico del proceso de regulación, especialmente de campos clínicos, en los últimos 35 años. Así se pudo identificar un esfuerzo regulatorio en los primeros años de la década del 70,

---

<sup>33</sup> Plan Estratégico 2005-2010 de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), aprobado el 23 de abril de 2005 por la Asamblea General de ASPEFAM.

en un escenario de planificación centralizada del Estado, que sería desmontado en los siguientes años, en lo que se ha dado en denominar una “abdicación” del rol regulador del Estado, evolución expresada en la comparación de las normas entre 1971 y el año 2000.

**Tabla N°25. Evolución normativa sobre campos clínicos, 1971-2000**

	Decreto supremo N° 0055 - 71 -SA 13 abril 1971	Resolución Suprema N° 014-80-SA/AD 03 julio 1980	Resolución Ministerial 546-86-SA/DM 14 noviembre 1986	Resolución Ministerial 090-2000-SA/DM 21 marzo 2000
Regionalización	Facilidades a Universidades dentro del ámbito Regional. En beneficio de la colectividad, sobre la tasa de la regionalización	Delimitación de ámbitos geográficos regionales, con establecimientos en diferentes niveles de atención. Cada Universidad tiene un hospital general base regional (curso conjunto)	Ámbito geográfico como área programática	
Tutoría	Solo en horarios de trabajo asistencial médico	Actividad Asistencial de 36 h. y docente de 20 h. (en el mismo horario)		
	3-5 alumnos/tutor 3 alumnos/cirugía			
Monitoreo y Supervisión	Directores de Centros Asistenciales Directores de programas Comisión intersectorial	Comité técnico permanente.	Comité técnico permanente.	Comité técnico permanente.
Acreditación	Establecimientos acreditados para la docencia (Centro Asistencial afiliado)			

Como producto de su trabajo, la citada Comisión presentó en abril de 2005, 3 propuestas iniciales para estructurar un marco de articulación docencia - servicio:

1. Sistema Nacional de Pregrado de Salud.
2. Bases para la Elaboración de Convenios de Cooperación entre el Ministerio de Salud y las Universidades con Facultades de Ciencias de la Salud.
3. Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud y la Universidad.

Los documentos propuestos fueron publicados en la página web en el mes de mayo de 2005 y la Comisión de Alto Nivel elevó las propuestas finales - con los aportes recibidos y revisados - el 16 de junio de 2005 a consideración del Ministerio de Salud.

#### **El Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES) y el Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado (SINAPRES)**

La propuesta del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) representó un salto cualitativo con respecto al Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) por incorporar una perspectiva integral,

nacional y descentralizada en el abordaje de las relaciones entre el espacio de la formación y el de los servicios. Generadas las propuestas, se iniciaron los procesos de consulta con EsSalud y las Sanidades, las cuales estando de acuerdo de manera general, presentaron observaciones a nivel de la representación (EsSalud) y los niveles de autonomía de las instituciones prestadoras (Sanidades y EsSalud). Con el fin de avanzar en la experiencia, y sobre ella generar espacios de construcción futura de consensos, la Alta Dirección del Ministerio de Salud decidió promulgar el Decreto Supremo N° 021-2005-SA, involucrando únicamente a los establecimientos del Ministerio de Salud en esta norma.

El viernes 21 de octubre del 2005 se publicó en el Diario El Peruano el Decreto Supremo N° 021-2005-SA que creó el Sistema Nacional de Articulación Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). El Sistema fue definido como la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitario, con pleno respeto a la autonomía universitaria.

En esta norma se estableció que el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) que había sido creado por Resolución Ministerial 804-2004/MINSA, se constituía como SubComité de Pregrado de Medicina del SINAPRES; el comité fue llamado CONAPRES. La ceremonia de instalación del Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES) se realizó el martes 10 de enero de 2006 en el Paraninfo del Ministerio de Salud, contando con la presencia de la Dra. Pilar Mazzetti Soler, Ministra de Salud, quien declaró instalado el Comité de Pregrado en Salud. La primera Sesión de CONAPRES ocurriría ese mismo día, en el Salón Azul del Ministerio de Salud, bajo la Presidencia del Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui - Jefe Institucional del IDREH, en una Sesión que duró aproximadamente una hora, y contó con la presencia del Dr. Ulises Núñez Chávez (Vicepresidente de CONAPRES y Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina); asimismo en calidad de miembros, el Dr. Luis Podesta Gavilano (Director General de la Dirección General de Salud de las Personas MINSA), el Lic. Ciro Echegaray Peña (Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos MINSA); el Dr. Danilo Villavicencio Muñoz (Director General de la Dirección Regional de Salud de Cusco, Representantes de DIRESAs), el Dr. Fernando Carvalho Ordoñez (Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo, Representante de Hospitales), la Mg. Sonia Velásquez Rondon (Presidenta de la Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Enfermería), el Dr. Gaspar del Carpio (Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Odontología); entre otros invitados. Los acuerdos tomados en la primera sesión del CONAPRES fueron los siguientes:

- Acuerdo N° 01-2006-CONAPRES: Iniciar las labores del Comité Nacional de Pregrado de Salud, aprobándose el diferir la decisión sobre la forma en que se elegirá el representante de las Asociaciones de facultades y escuelas señaladas en el inciso j del artículo 8° del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, para el momento en que se apruebe el reglamento; así como al representante de los estudiantes, según lo estipula inciso k de la citada norma.
- Acuerdo N° 02-2006-CONAPRES: Solicitar a las instituciones integrantes del Sistema acreditar formalmente a sus representantes titular y alterno ante el Comité Nacional de Pregrado de Salud, conforme lo establece el Decreto Supremo N° 021-2005-SA.
- Acuerdo N° 05-2006-CONAPRES: Conformar una Comisión presidida por el Presidente del Comité Nacional, encargada de presentar una propuesta inicial de Reglamento de Funcionamiento, en el plazo máximo de 2 semanas, con la participación de los representantes que voluntariamente deseen inscribirse;

citando a reunión de trabajo para el próximo Viernes 13 de enero a las 08:30 a.m. en la sede del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

- Acuerdo N° 06-2006-CONAPRES: Conformar una segunda Comisión presidida por el Vicepresidente del Comité Nacional, encargada de presentar una propuesta de Plan Operativo, e integrada por representantes de ASPEFEEN y DGSP, así como el Dr. Fernando Carvallo, y otros representantes que deseen participar voluntariamente; citando a reunión de trabajo para el próximo martes 17 de enero a las 08:30 a.m. en la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
- Acuerdo N° 07-2006-CONAPRES: Establecer que en caso de que el Representante titular no pudiera asumir la representación, ésta será asumida por el representante alterno, lo cual debe formalizarse a través de una comunicación escrita dirigida al Presidente del Comité Nacional.

El 6 de julio se promulgaría la Resolución Ministerial N° 600-2006/SA que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Comité Nacional de Pregrado de Salud. Con estas normas se concretaron 3 ideas centrales de la articulación, que se habían estado trabajando en estos años:

- (i) La institucionalización de la articulación a través de espacios permanentes de diálogo, coordinación y regulación.
- (ii) La corresponsabilidad en el proceso, lo cual se expresa en la alternancia en la Presidencia del Comité Nacional de Pregrado de Salud, el Comité Nacional de Residentado Médico, y en su momento el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME).
- (iii) La incorporación del enfoque de descentralización, expresado nítidamente en el caso del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, quedando como desafío pendiente en el caso del Sistema Nacional de Residentado Médico.

## El Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES)

El Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES), es un colectivo de profesionales interesado en la mejora de la calidad de la educación superior. Desde este punto de vista emerge como un espacio de trabajo, reflexión y colaboración, desde la sociedad civil, vinculando voluntariamente profesionales que se desenvuelven tanto en el sector público como en el privado, motivados por promover la calidad en los asuntos de la educación superior universitaria y no universitaria. Este grupo de trabajo ha tenido un importante papel en la gestación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior (SINEACE), y viene aportando de manera importante en las discusiones en torno al Reglamento de este Sistema y a los de la Ley Universitaria. Precisamente la propuesta del GICES es que corresponde una Ley de Educación Superior.

De esta manera, una fortaleza fundamental de GICES es su conformación multidisciplinaria, conjugando esfuerzos con diferentes opciones confesionales, políticas y profesionales; con miembros que trabajan en distintas instituciones vinculadas al quehacer de la educación superior en el Perú.

En mayo del año 2003 se realizó una reunión de trabajo, en la que participaron los socios del Consorcio Catalyst - Pathfinder, así como algunos congresistas de la República y otras personalidades invitadas, con el objeto de dar a conocer el trabajo que se venía realizando en el terreno de la acreditación de escuelas y facultades de carreras de las ciencias médicas y certificación de profesionales.

Con el fin de continuar analizando los temas de interés común, se llevó a cabo una segunda reunión en el mes de julio del mismo año, en la que se decidió convocar a una reunión más amplia, en el marco del debate que se vivía por la Ley General de Educación, en el que muchos de los presentes participaban.

Es así que el 2 de octubre del 2003 se convocó a la primera reunión fundacional en la que se aprueba constituirse como grupo de trabajo y denominarse "Grupo de Iniciativas por la Calidad de la Educación Superior".

Desde entonces, se han llevado a cabo varias e importante reuniones técnicas, se han formado tres comisiones de trabajo (sobre aspectos técnicos, legitimación del proceso y decisión política) estableciendo cada una de ellas sus propios planes de trabajo y cronogramas de reuniones. El Grupo edita el boletín EduCalidad y ha venido promoviendo la discusión y el trabajo con las universidades, los colegios profesionales, el Ministerio de Educación, el Congreso de la República y el poder ejecutivo, canalizando propuestas que se enmarcan en los principios de calidad con equidad.

## **CAPÍTULO 4. SITUACIÓN DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA EN LIMA: ESTUDIOS DE CASOS**

En el presente capítulo presentamos los resultados del estudio sobre una muestra de 6 Hospitales de Lima (Bernaldes, Carrión, Unanue, Loayza, María Auxiliadora y Cayetano Heredia), cuatro universidades (San Marcos, Cayetano Heredia, Villarreal y San Martín de Porres) y cuatro carreras: medicina, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería.

En dichas sedes docentes se aplicaron tres instrumentos de recojo de información: una lista de verificación en campo, para data cuantitativa; una encuesta a informantes claves, para recojo de las percepciones de los actores coordinadores de sedes y campos; y una encuesta a pacientes sobre sus opiniones respecto a dichas prácticas.

En dicho orden se presentarán los resultados: primero los obtenidos del llenado de la lista de verificación, luego la información obtenida de los informantes claves y por último la de los pacientes. Los tres instrumentos figuran en los anexos.

### **4.1 Realidad de los campos clínicos hospitalarios.**

El instrumento de recojo de información, la Lista de Verificación, fue llenada por los jefes de capacitación de cada sede docente y tiene el carácter de información oficial a diciembre del 2006.

#### 4.1.1 Normatividad.

Tabla N°26. Convenios vigentes según Hospital

Cuenta con convenios vigentes de las siguientes Universidades	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	-	Sí	No. El convenio caducó en el 2004	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA
Universidad Nacional Federico Villareal	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	-	-	Sí	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Sí. El convenio está adecuado al nuevo modelo según MINSA	Sí	-	Sí	-	-
Universidad San Martín de Porres	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	-	Sí	-	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA	Sí. Actualmente en proceso de adecuación al nuevo modelo según MINSA

La pregunta sobre los convenios de cada hospital con las universidades permite dimensionar la variable “cohabitación”, entendida como el índice de agregación de universidades por sede docente.

Hay así dos tipos de hospitales: monopólicos, con una sola universidad, como el hospital Cayetano Heredia, con sólo una universidad presente, Cayetano Heredia; y concurrentes, con convenios vigentes con varias universidades, entre los cuales el caso extremo es el hospital Arzobispo Loayza, con convenios con todas las universidades de la muestra, si bien todos esos convenios se encuentran en proceso de adecuación al modelo dado por MINSA. Para el caso de los hospitales María Auxiliadora y Sergio Bernales, hay un nivel intermedio de cohabitación, pues tienen convenios con las universidades de San Marcos, San Martín de Porres y Federico Villareal. Finalmente, el hospital Hipólito Unanue tiene convenios con dos universidades: la San Martín de Porres y la Federico Villareal, habiendo caducado el convenio con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2004.

#### 4.1.2 Infraestructura y equipamiento.

**Tabla N°27. Disponibilidad de aulas dedicadas a la actividad académica**

Infraestructura académica	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
N° de aulas	16	9	6	DND (2)	6	10
Capacidad (N° promedio de asientos por aula)	56	66	37	DND (2)	35	41
Dimensión promedio de las aulas disponibles (m <sup>2</sup> )	31,2 (1)	DND (2)	DND (2)	DND (2)	67	40
Instituciones responsables	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (8 aulas) Universidad Peruana Cayetano Heredia (8 aulas)	Universidad Peruana Cayetano Heredia (4 aulas) Hospital (4 aulas) Cuerpo Médico (1 aula)	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (4 aulas y un auditorio) Universidad San Martín de Porres (1 aula)	DND (2)	Universidad Científica del Sur (4 Aulas) Universidad Peruana San Juan Bautista (1 aula) Universidad Ricardo Palma (1 aula)	Hospital (10 aulas)

(1) Dato obtenido del promedio de 10 aulas, en 6 casos la información no estuvo disponible.

(2) DND: Dato no disponible

Para el caso de infraestructura e equipamiento de los campos clínicos, en lo que corresponde a las características de las aulas, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza es el que tiene el mayor número de aulas dentro de sus instalaciones (16), mientras que el María Auxiliadora es el que menos tiene (6). Asimismo, como puntos intermedios entre los dos casos ya mencionados están el hospital Cayetano Heredia y el Sergio Bernales, con 9 y 10 aulas respectivamente.

Seguidamente, sobre la capacidad promedio que tiene cada aula, los Jefes de Docencia o Capacitación dieron información según la cual el hospital Cayetano Heredia es el que tiene, en promedio, la mayor capacidad de los hospitales de la muestra con 66 asientos por aula. El caso opuesto se presenta en el hospital María Auxiliadora, con 35 asientos en promedio en cada aula que tiene. Finalmente, los hospitales Arzobispo Loayza y Sergio Bernales tienen 56 y 41 asientos en cada aula como promedio.

Vale mencionar que muchas aulas ubicadas en las sedes docentes se encuentran bajo responsabilidad de las universidades que realizan sus prácticas en los campos clínicos. Así, en el hospital Arzobispo Loayza, 8 aulas están bajo la responsabilidad de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, mientras que las otras 8 están bajo el cuidado de la Universidad Cayetano Heredia.

Para el caso del Hospital Cayetano Heredia 4 aulas están bajo el cuidado de la Universidad Cayetano Heredia, mientras que las 5 restantes están bajo la responsabilidad el propio hospital. Para el caso del hospital María Auxiliadora son tres las universidades responsables del cuidado y de las aulas, todas ellas privadas: la Universidad Científica del Sur, la Universidad Peruana San Juan Bautista y la Universidad Ricardo Palma. Es la Universidad Científica del Sur la que tiene más aulas bajo su responsabilidad (4), mientras que las otras dos universidades cargan con la responsabilidad de un aula cada una.

Finalmente, el caso del hospital Sergio Bernales llama la atención al ver que todas las aulas existentes en sus instalaciones están bajo la responsabilidad total y exclusiva de la misma sede docente, y esto a pesar que el Hospital mantiene convenios con las universidades de San Marcos, Federico Villareal y San Martín de Porres.

**Tabla N°28. Disponibilidad de equipos audiovisuales dedicados a la actividad académica**

Equipos	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
N° de computadoras	6					
N° de computadoras operativas	6					
Instituciones responsables	Universidad Mayor de San Marcos (3) Universidad San Martín de Porres (3)					
N° de equipos de multimedia	10	5	2	6	8	8
N° de equipos de multimedia operativos	10	5	1	6	8	8
Instituciones responsables	Universidad Mayor de San Marcos (3) Universidad San Martín de Porres (3) Universidad Peruana Cayetano Heredia (4)	Universidad Peruana Cayetano Heredia (4) Hospital (1)	Universidad San Martín de Porres (2)	Hospital (6)	Universidad Científica del Sur (4) Universidad San Martín de Porres (1) Universidad Privada San Juan Bautista (1) Universidad Ricardo Palma (2)	Universidad Peruana de los Andes (2) Universidad San Martín de Porres (3) Universidad San Juan Bautista (2) Universidad Ricardo Palma (1) Universidad Nacional Jorge Basadre (1)
N° de proyectores de slides	8	3	5	2		
N° de proyectores de slides operativos	8	3	5	2		

Equipos	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Instituciones responsables	Universidad Mayor de San Marcos (2) Universidad San Martín de Porres (2) Universidad Peruana Cayetano Heredia (2)	Universidad Peruana Cayetano Heredia (3)	Universidad San Martín de Porres (5)	Hospital (2)		
N° de retroproyectores	8	2	5		5	
N° de retroproyectores operativos	8	2	5		5	
Instituciones responsables	Universidad Mayor de San Marcos (4) Universidad San Martín de Porres (2) Universidad Peruana Cayetano Heredia (2)	Universidad Peruana Cayetano Heredia (2)			Universidad Científica del Sur (4) Universidad Privada San Juan Bautista (1)	
N° de Televisores	1					
N° de Televisores operativos	1					
Instituciones responsables	Universidad Peruana Cayetano Heredia (1)					
N° de VHS/DVD	1	1				1
N° de VHS/DVD operativos	1	1				1
Instituciones responsables	Universidad Peruana Cayetano Heredia (1)	Universidad Peruana Cayetano Heredia (1)				Universidad San Luis Gonzaga de Ica (1)

En cuanto al equipamiento destinado a la actividad académica en las sedes docentes, sólo el Hospital Arzobispo Loayza posee 6 computadoras -todas operativas- para el uso de los alumnos, no presentándose caso similar en las otras sedes. De las 6 computadoras 3 están bajo responsabilidad de la Universidad de San Marcos y 3 bajo la responsabilidad de la Universidad San Martín de Porres.

Asimismo, todos los hospitales cuentan con equipos multimedia, siendo todos los existentes operativos para la enseñanza dentro de estas sedes. La responsabilidad de los equipos, dentro de los hospitales Arzobispo Loayza, María Auxiliadora y Sergio Bernales, está a cargo de las universidades que practican dentro de sus campos clínicos. Sin embargo, para el caso del hospital Hipólito Unánue todos estos equipos se encuentran bajo responsabilidad del propio hospital. En el caso del hospital Cayetano Heredia tanto la universidad como el hospital tienen equipos bajo su responsabilidad y cuidado.

Para el caso de los demás equipos de tecnología más atrasada, no todos los hospitales cuentan con igual cantidad de estos, variando así según cada hospital de la muestra; lo mismo ocurre con la institución responsable a cargo del cuidado de los equipos. Sin embargo, vale resaltar que sólo en el caso del hospital Hipólito Unánue todos los equipos destinados a la actividad académica están bajo la responsabilidad del mismo hospital, sin la participación de universidad alguna.

Tabla N°29. Centros de documentación o bibliotecas

Características de la Biblioteca o Centro de Documentación	Hospital Nacional Arzobispo Loayza		Hospital Nacional Cayetano Heredia			Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales	
	Biblioteca 1	Biblioteca 2	Biblioteca 1	Biblioteca 2	Biblioteca 3	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 2
Institución Responsable (Hospital / Universidad)	Hospital	UPCH	UPCH (Facultad de Medicina)	UPCH (Instituto de Medicina Tropical)	Hospital (Pediatria)	Hospital	Hospital	Hospital	Hospital	Docencia
Año de inauguración	DND (1)	DND (1)	2000	1979	1985	2001	DND	38899	36753	15 años
Bibliotecólogo (si/no)	No	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	No
Personal (Número)	1	1	-	1	-	1	1	2	0	1
Horario de Atención	8 - 13 h	7:30am - 6:00 pm	07:00 - 19:00 h	08:10 - 15:30h	-	8 - 15: 00 h	8 - 15:30 h	8 - 4 pm	8:00 am. A 14:00 pm.	8:00 am. A 14:00 pm.
Número de asientos de lectura	8	10	10	14	-	25	6	16	4	6
Consultas mes (octubre 2006)	DND (1)	400	DND	50-60	DND (1)	4000	DND	2220	0	20
Disponibilidad de Internet (si/no)	No	Si	Si	Si	-	Si	No	Si	Si	Si
Base de Datos Electrónicas de Libros utilizadas(describir)	No	E - libro	E - Libro	--	-	No	No	No	No	No

Características de la Biblioteca o Centro de Documentación	Hospital Nacional Arzobispo Loayza		Hospital Nacional Cayetano Heredia			Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales	
	Biblioteca 1	Biblioteca 2	Biblioteca 1	Biblioteca 2	Biblioteca 3	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 1	Biblioteca 2
Base de Datos Electrónicas de Revistas utilizadas(Describir)	Hinari	Web UPCH, Hinari, EBSCO, PROQUEST, COCHRANE	DECS - ISIS HINARI	E - Libro, DECS - ISIS, HINARI		No	No	Lipincott, Hinari	No	No

(1) Dato No disponible

Acerca de los centros de documentación o bibliotecas existentes en las sedes docentes, todas tienen al menos un ambiente destinado al archivo de referencias bibliográficas para fines académicos. Así, la cantidad de bibliotecas en cada hospital se resume en el siguiente cuadro:

**Tabla N°30. Número de bibliotecas según hospital**

Hospitales	N° de bibliotecas con que cuentan
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	2
Hospital Nacional Cayetano Heredia	3
Hospital Nacional Daniel a. Carrión	1
Hospital Nacional Hipólito Unanue	1
Hospital María Auxiliadora	1
Hospital Sergio Bernales	2

Para los casos de los hospitales Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia se observa que son las universidades presentes en dichas sedes las que tienen a su cargo al menos una de las bibliotecas existentes en los mismos. Caso contrario ocurre en los demás hospitales de la muestra, donde las bibliotecas están a cargo exclusivo de los mismos hospitales.

Por otro lado, la pregunta acerca de si existen -y cuáles son- las bases de datos electrónicas de revistas que se utilizan en las sedes docentes, da una idea aproximada de cuán actualizada está la biblioteca y/o los centros de documentación de cada una de ellas; así, solo los hospitales Hipólito Unanue y Sergio Bernales no cuentan con una base de datos de tal tipo. Vale resaltar que estos dos hospitales no tienen bibliotecas bajo la responsabilidad de alguna de las universidades que realizan las prácticas de campos clínicos dentro de los mismos.

El acceso a internet también es un indicador de acceso a nueva información por parte de alumnos y profesores. De esta manera, los resultados muestran que todas las sedes tienen conexión a este servicio y con acceso gratuito a los usuarios. En la mayoría de casos las salas ambientadas para prestar tal servicio son compartidas, salvo la sala bajo responsabilidad de la Universidad Cayetano Heredia en el Hospital Arzobispo Loayza.

Tabla N°31. Disponibilidad de internet dedicada a la actividad académica

Equipos	Hospital Nacional Arzobispo Loayza		Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión		Hospital Nacional Hipólito Unánue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
	Hospital	UPCH		UNMSM	OADI			
Sala de Internet: exclusiva para alumnos o compartida	Compartida	Exclusiva	Uso para alumnos de pregrado, post grado y docentes	Exclusiva	Compartida	Compartida	Compartida	1
Número de PC disponibles	La sede cuenta con Internet en servicios	4	06 unidades con acceso a internet	2	1	3	6	3
Horario de Atención	irrestringido	Lunes a Viernes: 7:30 am - 6:00 pm // Sábados : 8:00 am - 1:00 pm	07:00 - 19:00 h	8:00 - 18:00 h	11:00 - 13:00 h		08 - 17 h	8:00 am. A 14:00 pm.
Velocidad (alta, media, baja)	Media	Media	Alta	Media	Alta	Media	Alta	Media
Costo de Servicio	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Por establecer	Gratuito	No	Gratuito

### 4.1.3 Docentes y alumnos.

En cuanto al número de profesores de las universidades en cada hospital, es el hospital Arzobispo Loayza el que más profesores tiene (219), quedando en segundo lugar el hospital Cayetano Heredia (129); los hospitales Hipólito Unanue y Sergio Bernales tienen 112 y 21 docentes respectivamente.

Asimismo, por el lado del número de docentes por universidades es la Universidad Cayetano Heredia la que más docentes destina para los campos de práctica en las sedes, siendo, por otro lado, la Universidad San Martín de Porres aquella que menos docentes tiene (36).

**Tabla N°32. Total de Docentes por hospital según universidad**

Universidades	Hospital nacional Arzobispo Loayza	Hospital nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	70 (100%)		78 (100%)	7 (100%)	DND	11 (100%)
Universidad Nacional Federico Villareal	6 (100%)			105 (100%)	DND	2 (100%)
Universidad Peruana Cayetano Heredia	115 (100%)	127 (100%)				
Universidad San Martín de Porres	28 (100%)		9 (100%)		DND	8 (100%)

Al observar la cantidad de docentes por modalidad de contratación se encuentra que para el caso de los docentes nombrados, todas las universidades a excepción de la San Martín de Porres, tienen a la mayoría de sus docentes laborando bajo esa modalidad. Vale decir que son las universidades públicas quienes tienen la mayor proporción de docentes nombrados laborando en los hospitales.

**Tabla N°33. Docentes nombrados por universidad y sede docente**

Universidades	Hospital nacional Arzobispo Loayza	Hospital nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	41 (58,6%)		68 (87,2%)	DND	DND	8 (72,7%)
Universidad Nacional Federico Villareal	6 (100%)			90 (85,7%)	DND	1 (50,0%)
Universidad Peruana Cayetano Heredia	70 (60,9%)	90 (69,8%)				
Universidad San Martín de Porres	2 (7,1%)				DND	1 (12,5%)

Sin embargo, para el caso de los docentes contratados, se puede ver que la Universidad de San Martín de Porras es la que tiene el mayor número de docentes bajo esta modalidad de trabajo.

**Tabla N°34. Docentes contratados por universidad y sede docente**

Universidades	Hospital nacional Arzobispo Loayza	Hospital nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	20 (28,6%)			DND	DND	3 (27,3%)
Universidad Nacional Federico Villareal				15 (14,3%)	DND	
Universidad Peruana Cayetano Heredia	45 (39,1%)	37 (30,2%)				
Universidad San Martín de Porres	25 (89,3%)		4 (44,4%)		DND	7 (87,5%)

Finalmente, se puede identificar casos en los que los docentes de las universidades dentro de las sedes son ad honorem, esto es, no reciben sueldo alguno por sus servicios. La universidad con mayor número de casos es la Universidad de San Marcos (20), siendo el hospital Daniel A. Carrión el que mayor número de docentes ad honorem de esta universidad tiene dentro de sus campos clínicos (10). Así también, es el hospital Daniel A. Carrión aquel que más docentes ad honorem tiene (15).

**Tabla N°35. Porcentaje de Docentes ad honorem**

Universidades	Hospital nacional Arzobispo Loayza	Hospital nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	9 (12,8%)	-	10 (12.83%)	DND	DND	1 (9,0%)
Universidad Nacional Federico Villareal	-	-		-	DND	1 (50,0%)
Universidad Peruana Cayetano Heredia	-	-		-	-	-
Universidad San Martín de Porres	1 (3,6%)	-	5 (66.6%)	-	DND	-

En cuanto al número de estudiantes en cada sede, tanto el hospital Arzobispo Loayza como el María Auxiliadora ocupan el primer lugar con el mayor número de alumnos en los distintos niveles de enseñanza (residentes, internos y estudiantes de años menores de pregrado) albergando a 463 cada uno de ellos. Asimismo, los hospitales Cayetano Heredia, Sergio Bernales y Hipólito Unanue tienen 196, 110 y 96 practicantes respectivamente.

**Tabla N°36. Alumnos por hospital según nivel de estudios**

Universidades		Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Universidad Nacional Federico Villareal	Universidad Peruana Cayetano Heredia	Universidad San Martín de Porres
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Residentes	82	DND	54	32
	Internos	52	DND	28	23
	Estudiantes Pregrado	32	DND	120	40
Hospital Nacional Cayetano Heredia	Residentes	-	-	147	-
	Internos	-	-	48	-
	Estudiantes Pregrado	-	-	DND	-
Hospital Nacional Daniel A. Carión	Residentes	129			DND
	Internos	34			DND
	Estudiantes Pregrado	90			DND
Hospital Nacional Hipólito Unánue	Residentes	18	43	-	-
	Internos	-	35	-	-
	Estudiantes Pregrado	-	-	-	-
Hospital María Auxiliadora	Residentes	82	-	54	32
	Internos	52	-	28	23
	Estudiantes Pregrado	32	-	120	40
Hospital Sergio Bernales	Residentes	-	8		8
	Internos	-	-	-	34
	Estudiantes Pregrado	60	-	-	-

Asimismo, por el lado de las universidades, se observa que la universidad de San Marcos tiene el mayor número de alumnos ubicados en los campos clínicos de los hospitales mencionados, con un total de 663 alumnos. La cantidad de alumnos de las otras universidades es de 599, 86 y 232, cifras que corresponden a las universidades Cayetano Heredia, Villareal y San Martín de Porres respectivamente.

#### **4.1.4 Financiamiento.**

Las inversiones de las universidades dentro de los hospitales que funcionan como sedes docentes o no ha sido registrada o ha sido nula, en casi la totalidad de casos. Sin embargo, el hospital Arzobispo Loayza registra una inversión de s/. 224, 800.00 por parte de la universidad Cayetano Heredia; dicho monto se disgrega en s/.66, 330 en inversiones de computadoras, multimedia, arreglo de oficinas, mientras que s/. 158,500.00 en aulas. Por su parte, el hospital María Auxiliadora registra inversiones por parte de la Universidad Científica del Sur por un monto de s/. 6,400.00 con destino al mejoramiento de las aulas. Finalmente, el Hospital Nacional Cayetano Heredia registra una inversión de s/. 26,878.81 para gastos de remodelación de la Residencia Médica; además de registrarse otras inversiones en arreglo y mantenimiento de los jardines, alrededor de la Residencia Médica y Aulas “A” y “B” y en recojo de desmonte del área de Rehabilitación Física, entre otras.

#### 4.1.5 Gestión de campos clínicos.

Tabla N°37. Gestión de Campos Clínicos

Hospitales	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Existe Comité Hospitalario para articulación docente asistencial, constituido por norma oficial	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Comité Hospitalario operando en forma regular, reuniendo a representantes de las instituciones formadoras y prestadoras. (1: No asume; 10: asume plenamente)	1	1	1	3	Nd	10
En el MOF de la Oficina de Capacitación se incorpora las funciones de planificación, monitoreo y evaluación de los procesos clínicos	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
La Oficina de Capacitación planifica, monitorea y evalúa el proceso de articulación docencia-servicio. (1: No realiza; 10: realiza plenamente)	8	8	6	3	8	10
Existen procesos anuales de planificación y programación de campos clínicos	Sí	Sí	No	Sí	Nd	Sí
Existen informes regulares sobre el proceso de monitoreo de campos clínicos	No	No	No	No	Nd	No
Registro actualizado de convenios específicos con instituciones formadoras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Existen procedimientos explícitos y formalmente establecidos para la adjudicación de campos clínicos en la sede docente	Sí	Sí	No	Sí	Nd	No

Los resultados sobre la gestión de los campos clínicos muestran que todos los hospitales que forman parte de la muestra tienen un Comité Hospitalario constituido por norma oficial. De esta manera, en el total de los hospitales bajo estudio existe un espacio institucional constituido formalmente para la coordinación permanente entre la institución formadora y prestadora.

Sin embargo, la valoración de los propios actores sobre si el comité hospitalario asume la gestión de la articulación docente-asistencial, en una escala del 1 (“no asume”) al 10 (“asume plenamente”), son muy dispares para los 6 hospitales. Así, mientras los hospitales Arzobispo Loayza, Daniel A. Carrión y Cayetano Heredia informan que no opera de forma regular el Comité Hospitalario de articulación docente asistencial, el hospital Sergio Bernales afirma que su Comité Hospitalario sí lo hace permanentemente. En el caso del hospital Hipólito Unánue, la autocalificación fue de 3, sugiriendo un nivel bajo de funcionamiento.

Por otro lado, la autocalificación de cada hospital sobre la realización de la planificación, monitoreo y evaluación de los campos clínicos es en la mayoría de casos, alta, salvo el caso del Hospital Carrión, que sería regular, y el del Unánue, que es baja.

Seguidamente, al preguntárseles por la existencia de procesos anuales de planificación y programación de campos clínicos, todos los hospitales respondieron afirmativamente, a excepción del Daniel A. Carrión, que respondió negativamente, debiendo mencionarse que el hospital María Auxiliadora no respondió. Sin embargo, al momento de responder a la pregunta sobre la existencia de informes regulares sobre el proceso de monitoreo de campos clínicos, se obtuvieron siempre respuestas negativas, lo que muestra la realidad efectiva: hay programación anual, pero no seguimiento ni evaluación.

Finalmente, todos los hospitales informaron la existencia de un registro actualizado de los convenios específicos del hospital con cada institución formadora. Además, salvo los hospitales Sergio Bernales y Daniel A. Carrión, el resto de hospitales afirma que existen procedimientos explícitos y formalmente establecidos para la adjudicación de campos clínicos en la sede docente.

#### 4.1.6 Normas de selección de campos clínicos

Tabla N°38. Existencia de normas y documentos de selección de campos clínicos

	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
<b>Documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes:</b>	La sede docente no cuenta con documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes, se emplea referentes históricos y los convenios específicos como referentes para la selección de los campos clínicos. A partir del año 2007, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación ha propuesto el tener internos donde haya profesores de la universidad correspondiente, con el fin de garantizar el proceso tutorial.	No existen documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes. Se emplea referentes históricos y el convenio específico como referente para la selección de los campos clínicos.	La sede docente no cuenta con documentos específicos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes, se emplea referentes históricos y los convenios específicos como referentes para la selección de los campos clínicos, así como las normas generales del SINAPRES y Convenios.	No se cuenta con documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes. Se emplea como referentes las necesidades de los departamentos.	El Hospital no cuenta con normas explícitas para la selección y asignación de campos clínicos basándose en criterios históricos y las normas legales generales existentes.	No existen documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes. Hace diez años la UNMSM visitó esta sede para acreditar el campo para su pregrado, sin dejar evidencia de la evaluación. En el año 2003, se recibió la visita a solicitud institucional de una Comisión Evaluadora de CONAREME para acreditar nuevas especialidades, teniendo hasta ese entonces solamente dos: Gineco obstetricia y Cirugía y fueron acreditadas nuevas especialidades como: Gastroenterología, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Anestesiología, Neumología, Patología Clínica, Dx. por Imágenes

En lo referente a la existencia de normas de selección de los campos clínicos, el 100% de los hospitales respondió negativamente a la pregunta sobre si tienen documentos que establezcan normas de selección de campos clínicos con fines docentes. Así, para el caso de los hospitales Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia, Daniel A. Carrión y María Auxiliadora, se emplean referentes históricos para la selección de campos clínicos. Para el caso del hospital Hipólito Unánue, se emplean como referente para la selección las necesidades de cada departamento.

#### 4.1.7 Distribución de campos clínicos de pregrado en la sede.

En primer lugar, el hospital Arzobispo Loayza declaró que para los cursos más importantes en la formación clínica para cada universidad, se destinan 13 salas, que suman un total de 264 camas. Es relevante anotar que en la mayoría de salas realizan sus prácticas estudiantes de más de una universidad.

**Tabla N°39. Hospital Arzobispo Loayza: Distribución de Campos Clínicos en pregrado**

Salas	Número de Camas	UNMSM	UNFV	UPCH	UPCH	IST Arzobispo Loayza
		Curso: Medicina Interna		Curso: Introducción a la Clínica	Curso: Clínica médica	
Medicina 1- I	30	DND				
Medicina 1 - II	30			18		
Medicina 2- I	30	DND			10	10
Medicina 2-II	30	DND	DND			
Medicina 3.-I	30	DND		18	10	
Medicina 3-II	30	DND				10
Medicina 8 -I	28	DND	DND		10	10
Medicina 4-I	24			12		
Medicina 4-II	26	DND		6		
UCI	6				5	5
Servicio Cardiología					4	4
Servicio Neumología		--	--	--	4	4
Servicio Nefrología		--	--	--	4	4

La información sobre la distribución de los campos clínicos en el hospital Daniel A. Carrión, indican también la cohabitación de universidades: existen 152 camas

repartidas en 6 salas para 84 alumnos de pregrado, siendo la Universidad de San Marcos la que cuenta con mayor número de estudiantes (60) de los cursos seleccionados. La cohabitación se da en dos salas, pero con un número determinado de camas para cada universidad. En todos los casos el número de camas/alumno es inferior al estándar, tanto en el caso de la Universidad de San Marcos como en el caso de la Universidad San Martín de Porres.

**Tabla N°40. Hospital Daniel A. Carrión: Distribución de Campos Clínicos en pregrado**

N°	Servicio	UNMSM		USMP	
		Número de Camas Asignadas	Curso: Medicina Interna	Número de Camas Asignadas	Curso: Introducción a la Clínica
1	6° A	28	12	14	12
2	6° B	28	12		
3	7° A	28	12		
4	7° B	28	12	14	12
5	Gastroenterología	8	6		
6	Cardiología	4	6		

Para el caso del hospital Cayetano Heredia, la información la relación camas/alumnos sería holgada: hay 44 alumnos de pregrado realizando sus prácticas en 21 ambientes con un total de 385 camas. En cada sala hay un máximo de 4 alumnos realizando sus prácticas de pregrado.

**Tabla N°41. Hospital Cayetano Heredia: Distribución de Campos Clínicos en pregrado**

N°	Sala	Número de Camas	Alumnos programados
			Externos
1	Medicina A	28	4
2	Medicina B	34	4
3	Tropicales	34	4
4	Emergencia Adultos	32	1
5	Cirugía A	34	1
6	Cirugía B	34	1
7	Traumatología	16	
8	Emergencia Adultos	32	2
9	Consultorio Neurología		
10	Consultorio Otorrinolaringología		1
11	Consultorio Oftalmología		
12	Consultorio Urología		1
13	Consultorio Neurocirugía		
14	Consultorio Cirugía de Tórax		1
15	CIQ	4	1
16	Unidad Cirugía Abdom		1
17	Cirugía Pediátrica		1

N°	Sala	Número de Camas	Alumnos programados
			Externos
18	Pediatría 1	47	4
19	Pediatría 2	15	2
20	Recién Nacidos (mama cuna)	12	2
21	Emergencias Pediátricas (atención inmediata)	7	2
22	Ginecología	22	5
23	Obstetricia	34	6

En el hospital Hipólito Unánue la Oficina de Docencia declaró sobre los alumnos de pregrado de la Universidad Villareal: son un total de 187 alumnos realizando prácticas de pregrado, distribuidos en 6 salas con 260 camas. Como se aprecia, es bajo el ratio camas/alumnos, indicador de la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y de la calidad de atención al paciente.

**Tabla N°42. Hospital Hipólito Unánue: Distribución de Campos Clínicos en pregrado (sólo Universidad Nacional Federico Villareal)**

Sala, Pabellón o Servicio		N° Camas	N° Alumnos
1	Medicina II	12	14
2	Medicina I, Semiología	60	33
3	Cirugía I	92	36
4	Cirugía II	36	24
5	Pediatría	60	40
6	Gineco Obstetricia		40

En el caso del hospital María Auxiliadora, los alumnos de la Universidad San Martín de Porras y el Instituto Sergio Bernales hacen uso de 9 salas con 333 camas para un total de 61 alumnos, no existiendo así y en principio, algún problema o conflicto en la distribución de las salas.

**Tabla N°43. Hospital María Auxiliadora: Distribución de Campos Clínicos en pregrado**

N°	Salas	Número de Camas	USMP	IST Sergio Bernales
1	Medicina 5° Piso	50	20	-
2	Consultorios	3	15	-
3	Emergencia	20	10	-
4	Medicina	50	-	6
5	Pediatría	50	-	6
6	Ginecología y Obstetricia	50	-	6
7	Neonatología	50	-	6
8	Emergencia	10 (tópicos)	-	6
9	Cirugía	50	-	6

Finalmente, en el hospital Sergio Bernales se informa que se utilizan 4 salas con 360 camas para 95 alumnos de pregrado de 3 universidades (San Marcos, Villarreal y San Martín) y un instituto (Carrión). El servicio de cirugía tiene 90 camas para 35 alumnos de San Marcos y Villarreal; la sala de Pediatría y Neonatología, 90 camas para 30 alumnos de San Marcos y el Instituto Carrión; en las demás salas hay una mayor disponibilidad de camas por alumno, no percibiéndose indicio de problemas o conflictividad alta en el uso de la sala para la realización de las prácticas de pregrado.

**Tabla N°44. Hospital Sergio Bernales: Distribución de Campos Clínicos en pregrado**

N°	Servicio	Número de Camas	UNMSM	UNFV	USMP	IST Daniel A. Carrión
			3 cursos	Cirugía (Urología)	Ginecología y obstetricia	
1	Cirugía	90	20	15		10
2	Pediatría I y Neonatología	90	20			10
3	Traumatología	90	10			
4	Ginecología y Obstetricia	90			20	

#### 4.1.8 Distribución de campos clínicos en internado

Todos los hospitales de la muestra afirman que existen documentos con la programación de distribución de campos clínicos con las universidades con las que tienen convenios de prácticas; además, a excepción del hospital Hipólito Unanue, el resto de hospitales afirma tener un registro de la utilización de los campos clínicos.

Por otro lado, acerca de la cantidad de internos, existen un total de 403 internos en todos los hospitales de la muestra, siendo el Arzobispo Loayza el que mayor cantidad posee (136). Así también, en los casos registrados se puede observar que el número promedio de internos por docente o tutor es de 2, 3, 5 y 6 para los hospitales Sergio Bernales, Cayetano Heredia, Hipólito Unanue y Daniel A. Carrión, respectivamente.

Por otro lado, se puede ver que en los casos registrados el número de internos por cama hospitalaria es de 5, 6, 8, 5.5 y 10 para los hospitales Arzobispo Loayza, Sergio Bernales, Cayetano Heredia, Daniel A. Carrión y María Auxiliadora respectivamente.

**Tabla N°45. Distribución de campos clínicos en internado**

	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Hospital María Auxiliadora	Hospital Sergio Bernales
Documento con programación de distribución de campos clínicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Registro de utilización de campos clínicos	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Total de docentes o tutores	Nd	127	8	10	Nd	23
Número de internos por docente o tutor	Nd	3	6	5	Nd	5
Total de internos	136	47	76	52	46	46
Número de camas por interno	5	8	5.5	Nd	10	6
Número de camas asignadas a internos	226	385	Nd	Nd	460	295

#### 4.1.9 Análisis explicativo de los hallazgos de la Lista de Verificación

**Primer hallazgo: la cohabitación<sup>34</sup> como elemento crítico en el proceso de articulación**

Las experiencias revisadas evidencian que existe cierta asociación entre las variables cohabitación, articulación docente-asistencial y conflictividad entre universidades. La información recogida muestra tres niveles de cohabitación: nula, intermedia y alta, con consecuencias sobre la calidad de la coordinación entre las entidades formadoras y de servicios, y sobre la conflictividad.

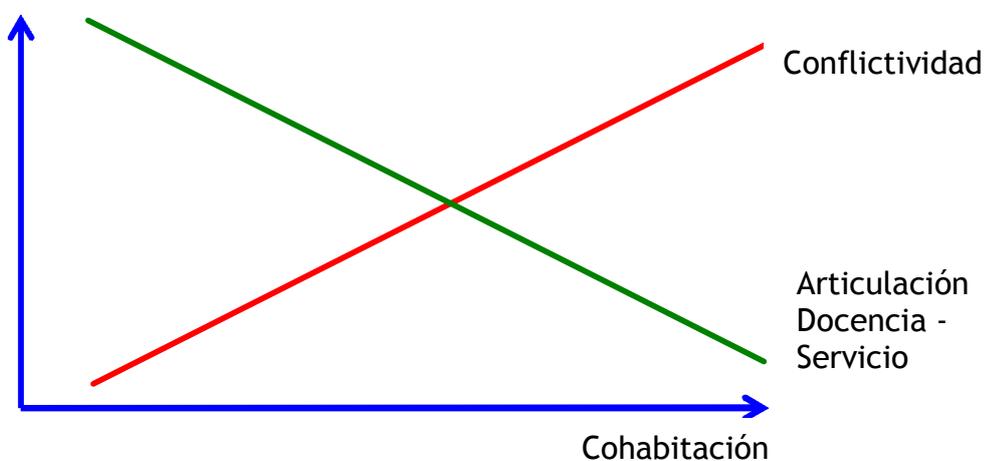
<sup>34</sup> Entendiendo como Cohabitación a la existencia en una misma sede de 2 o más universidades.

**Tabla N°46. Relación entre Cohabitación, articulación docencia-servicio y conflictividad en las sedes docentes.**

Cohabitación	Proceso de articulación en el pregrado	Conflictividad	Ejemplo
Ausente	Fuerte en el pregrado y en el postgrado	Nula	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Nacional Cayetano Heredia</li> </ul>
Intermedia	Moderado en el pregrado y el postgrado	Media	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Nacional Daniel A. Carrión</li> <li>Hospital Nacional Hipólito Unanue</li> <li>Hospital Bernales Sergio</li> </ul>
Alta	Débil en el pregrado y el postgrado	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Auxiliadora María</li> <li>Hospital Nacional Arzobispo Loayza</li> </ul>

La variable “grado de cohabitación” funciona como variable independiente, al punto que cuando se trata de una sede docente con una sola universidad, la articulación docente-asistencial se muestra fuerte y no existe conflictividad, y viceversa.

**Figura N°20. Relación entre la Cohabitación, la articulación docencia-servicio y la conflictividad en las sedes docentes.**



Esto lleva a pensar en la reducción de la cohabitación como una variable clave en la búsqueda de una mayor regulación, pues la fórmula “un hospital-una universidad”

pareciera ser la óptima. En este sentido, la delimitación de ámbitos geográfico-sanitarios podría ser una base para una planificación de la relación hospitales-universidades, en el futuro.

### **Segundo hallazgo: mecanismos no formales en la planificación de los campos clínicos que requieren ser resueltos**

Los datos mostrados sugieren que la gestión de los campos clínicos, salvo excepciones, no se rigen necesariamente por estándares, normas y criterios explícitos y refrendados formalmente por disposiciones institucionales, sino en buena medida por referentes históricos y criterios personales. Al haber una escasa normatividad e institucionalidad, la discrecionalidad para decisiones que comprometen bienes públicos, es amplia. En este sentido, los conflictos entre partes se hacen la regla y las negociaciones, continuas, sin que se abra paso una visión estratégica y racional en el desarrollo de las sedes como hospitales docentes, con todo lo que eso significa.

En este sentido la normativa aprobada en el marco del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES), brinda un excelente punto de partida para revertir este escenario de desregulación e informalidad. Debemos añadir que aun y cuando existen convenios específicos vigentes, la gran mayoría de ellos no ha sido adecuada a la nueva normativa del SINAPRES.

### **Tercer hallazgo: Amplia asimetría en la infraestructura y equipamiento para la enseñanza, que requiere ser resuelta.**

Por otro lado se ha verificado una amplia asimetría entre las sedes en cuanto a infraestructura y equipamiento disponible para la docencia. En todos los casos existen ambientes dedicados como aulas docentes, así como equipamiento multimedia, generalmente provisto por las facultades de ciencias de la salud; sin embargo la dotación y calidad de cada ambiente y su equipamiento es desigual, sin un estándar mínimo de acuerdo al número de alumnos o aulas con las que cuenta cada sede.

Así también, una debilidad central, prácticamente verificada en todos los hospitales, es el déficit de bibliotecas, que existen más formal que realmente, desprovistas de textos actualizados, recursos de información en línea y personal calificado. Los hospitales cuentan en los servicios con acceso a Internet, pero no disponen, salvo en algunos casos a HINARI, de acceso a recursos de información en salud.

### **Cuarto hallazgo: Oficinas de Apoyo a la Docencia e Investigación débiles pero con profunda voluntad para la acción.**

Hemos podido constatar la existencia y funcionamiento de Oficinas de Apoyo a la Docencia e Investigación en todos los hospitales visitados. Sin embargo, un común denominador en prácticamente todas es la ausencia de una visión estratégica del campo de los recursos humanos y de la articulación docencia - servicio.

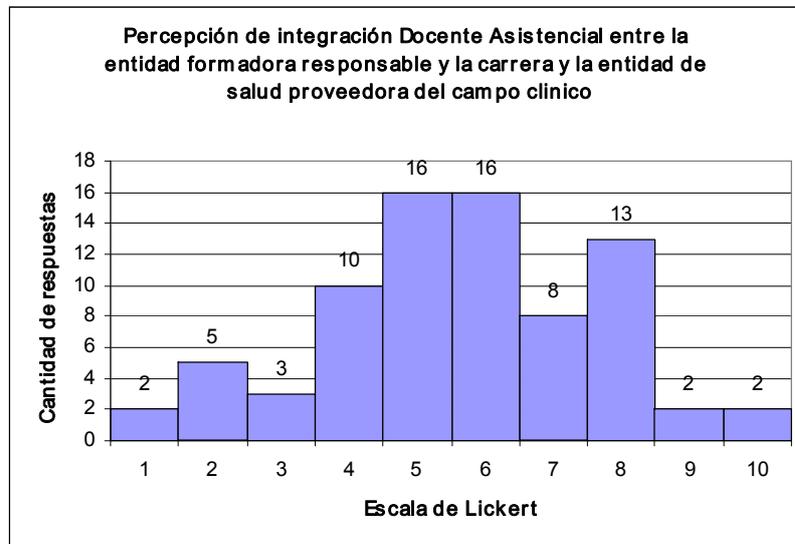
En esta línea se ubica la práctica ausencia de monitoreo y supervisión sobre la presencia de facultades de enfermería y obstetricia, labores que son asumidas fundamentalmente por los departamentos correspondientes, verificándose en la mayoría de los casos que las Oficinas de Apoyo a la Docencia e Investigación asumen el monitoreo y supervisión de los programas de internado y residentado médico.

## 4.2 Las percepciones de los actores

Las percepciones de los actores claves involucrados en la coordinación y conducción de los campos clínicos fue recogida a través de un instrumento específico, utilizando la escala de Lickert para obtener calificaciones de los entrevistados respecto a los ítems incluidos, de tal forma de poder fundamentar más objetivamente las opiniones de los actores sobre la situación de los campos de práctica. La muestra estuvo compuesta por 78 encuestados, todos ellos ligados de manera directa a la formación de profesionales de la salud de pre y postgrado.

En primer lugar, se trató de recoger la percepción de los encuestados respecto a la integración docente asistencial, entendida como la coordinación permanente que establecen la institución formadora y la prestadora, compartiendo una visión del perfil del médico a formar, las actividades lectivas requeridas y los recursos a emplear en forma conjunta.

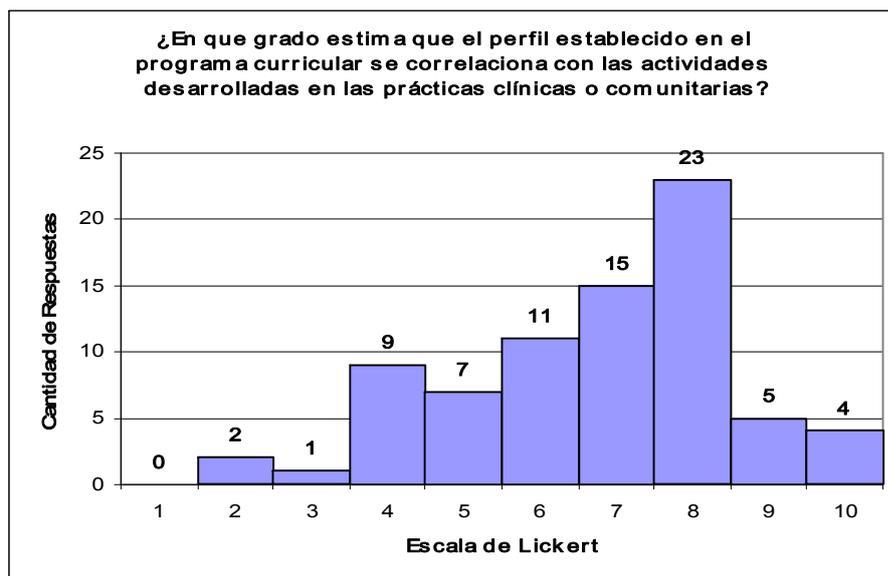
Figura N°21. Percepción de integración docente Asistencial



Así, siendo el valor de 1 sinónimo de completa desintegración y el valor 10 como plena integración, los resultados obtenidos muestran que la percepción de una integración docente asistencial es en la gran mayoría de casos regular o de niveles medios (32 encuestados otorgaron un puntaje de 5 y 6 para esta pregunta), con una leve tendencia hacia una percepción *media alta por parte de los encuestados*. La media de los resultados es de 6, al igual que la moda y la mediana.

Seguidamente, los resultados que recogen la percepción de los entrevistados en relación con la coherencia curricular - entendida como aquel empate que se establece entre el perfil de competencias a desarrollar en el médico en formación, y las actividades programadas en las sedes docentes- muestran que la correlación del programa curricular y las actividades propias de las prácticas es categóricamente positiva. Esto queda demostrado con la moda de los resultados (8) y la media (7), siendo el valor de 1 la categoría “ninguna correlación” y 10 de “alta correlación”.

**Figura N°22. Correlación entre perfil y programa curricular**



Así también, el cuestionario recoge la percepción de la muestra acerca de los estándares de prácticas clínicas, de bioseguridad y protección. Así, al preguntar la frecuencia con la que se cumplen ciertos estándares requeridos como las normas acerca del uso del mandil, la asignación de 5 camas por internos y el uso de guantes, la gran mayoría de informantes declaró que siempre se cumplen estas normas, mostrando una moda de 10 para los tres casos mencionados.

Caso contrario sucede con la percepción acerca de la exigencia de mascarillas, donde las percepciones de los encuestados frente al cumplimiento de esta práctica son algo polarizadas pero con tendencia a un cumplimiento de la misma.

**Tabla N°47. ¿Con qué frecuencia estima que se cumplen por parte de los estudiantes los estándares de acreditación de CAFME referidos a campos clínicos?**

Escala de Lickert	Uso de Mandil	Uso de Mascarillas	Guantes	5 camas por Interno
1	2	1	0	7
2	2	8	6	4
3	4	8	3	5
4	2	5	8	4
5	2	12	6	13
6	4	5	5	6
7	10	10	10	4
8	7	10	10	6
9	16	7	10	5
10	28	11	19	19
<b>Moda</b>	10	5	10	10
<b>Mediana</b>	9	6	8	6
<b>Media</b>	8	6	7	6

Por otro lado, los encuestados respondieron que el cumplimiento del estándar que exige el consentimiento del paciente para ser examinado era medio bajo o bajo (valores menores o iguales a 5). Este caso no difiere de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los otros estándares (la reserva de información, prácticas no

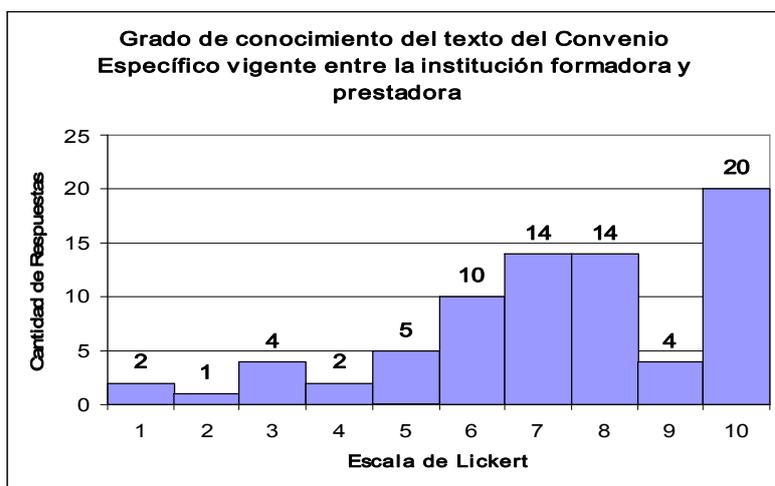
discriminatorias y respeto a la integridad), que muestran niveles de percepción de total cumplimiento o, en todo caso, niveles altos de cumplimiento.

**Tabla N°48. ¿Con qué frecuencia estima que se cumplen por parte de los estudiantes los estándares de acreditación de CAFME referidos a campos clínicos?**

Escala de Lickert	Consentimiento del paciente para ser examinado	Reserva de la información del acto médico y la historia clínica del paciente	Actitudes y prácticas no discriminatorias con los pacientes	Respeto a la personalidad, intimidad y dignidad de los pacientes
1	10	1	1	1
2	9	3	2	2
3	6	8	6	8
4	6	2	3	4
5	12	7	4	2
6	7	10	7	10
7	6	11	9	6
8	9	10	17	12
9	5	12	10	18
10	7	13	18	14
<b>Moda</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>Mediana</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>Media</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

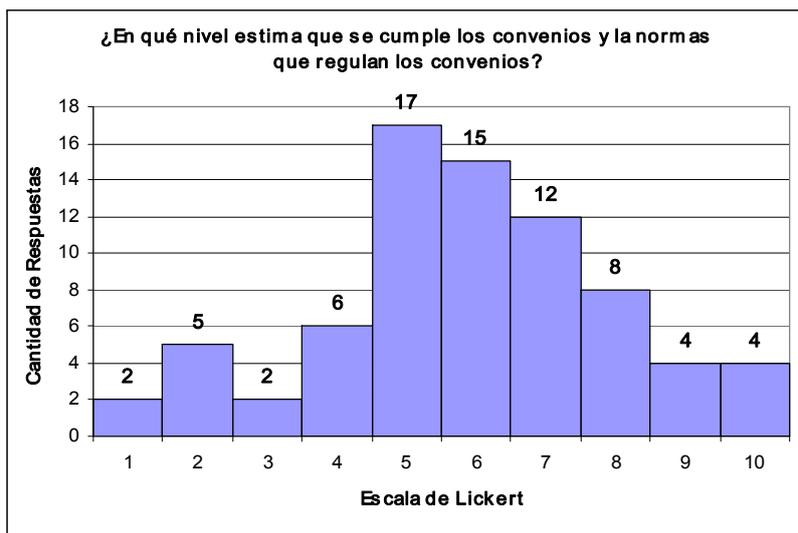
Los resultados sobre la percepción del grado de conocimiento del texto de los convenios específicos vigentes entre la institución formadora y la institución prestadora, son muy altos. Así, 52 personas, de un total de 76 que respondieron esta pregunta, afirman que conocen en niveles considerados como aceptables (valores mayores a 6) el texto del convenio específico entre ambas partes.

**Figura N°23. Grado de conocimiento sobre Convenio**



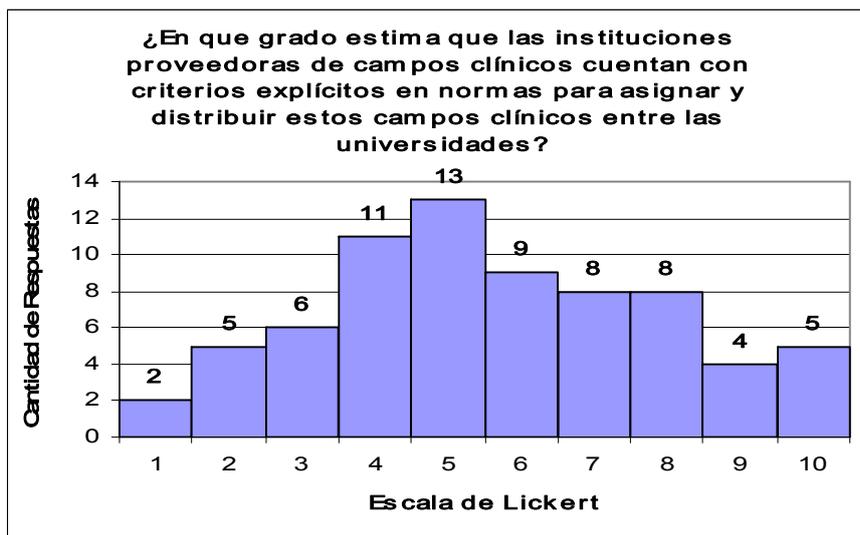
Sin embargo, los niveles de percepción frente a la pregunta de si se cumplen los acuerdos y normas que regulan los convenios no es tan categóricamente positiva como los resultados obtenidos en cuanto al grado de conocimiento de las mismas. Sin embargo existe una tendencia a niveles de mediano cumplimiento de los mismos (la media es 6 y la moda es 5). Así, se podría inferir una semi-ruptura entre conocimiento y práctica de las normas.

**Figura N°24. Nivel de cumplimiento de los convenios**



Las respuestas de los actores ante la pregunta “¿en qué grado estima que las instituciones proveedoras de campos clínicos cuentan con criterios explícitos en normas para asignar y distribuir estos campos clínicos entre las universidades?” demuestran cierta distribución en los valores de la escala en las opiniones respecto a este tema, pero teniendo una tendencia a afirmar que no se cuentan con criterios explícitos para asignar y distribuir campos clínicos por parte de las instituciones proveedoras.

**Figura N°25. Criterios para la distribución de campos clínicos**



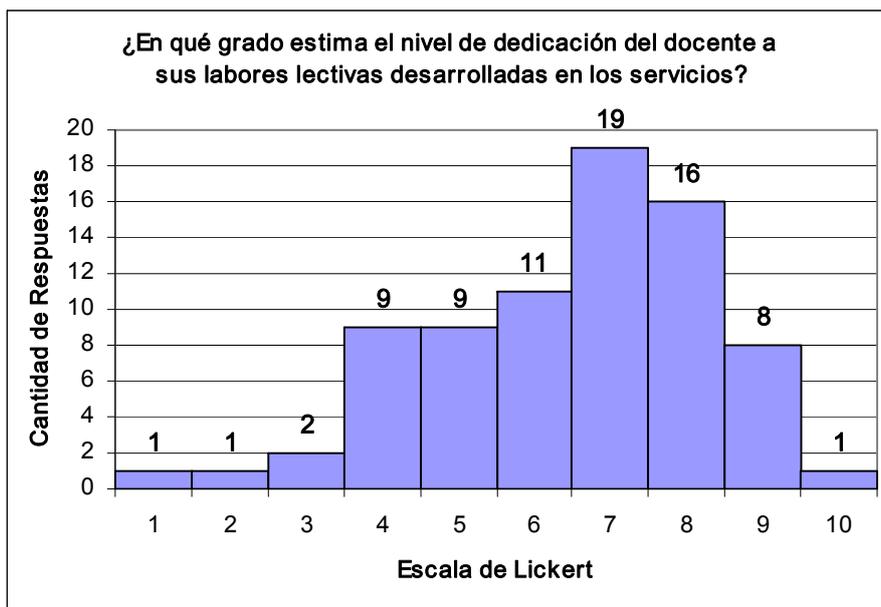
Pasando al tema de recursos físicos de sedes docentes, los resultados muestran que, para el caso de la capacidad de docentes, los encuestados estiman que es suficiente la cantidad de estos frente al número de alumnos (siendo el valor de 1 la percepción de insuficiencia y 10 la percepción de exceso). Sin embargo, con respecto a los ambientes para la actividad docente, los encuestados afirman que no es suficiente con los espacios con los que se cuentan para las actividades didácticas, ni tampoco el equipamiento didáctico disponible.

Tabla N°49. ¿Cuál es su preocupación sobre la capacidad de los campos clínicos (camas, docentes, y ambientes) con relación al número de alumnos?

Escala de Lickert	Camas	Docentes	Equipamiento Didáctico	Ambientes para actividades didácticas
1	8	5	5	11
2	2	7	8	13
3	3	3	12	5
4	6	7	11	14
5	12	18	14	10
6	8	6	3	5
7	13	10	14	7
8	17	14	7	8
9	4	3	2	3
10	4	3	1	1
<b>Moda</b>	8	5	5	4
<b>Mediana</b>	6	5	5	4
<b>Media</b>	6	6	5	4

La percepción acerca del nivel de dedicación del docente a sus labores lectivas desarrolladas en los servicios goza de altos niveles, siendo la calificación más optada la de 7 (siendo el valor de 1 “ninguna dedicación” y 10 “completa dedicación”).

Figura N°26. Nivel de dedicación docente a labores lectivas en servicios

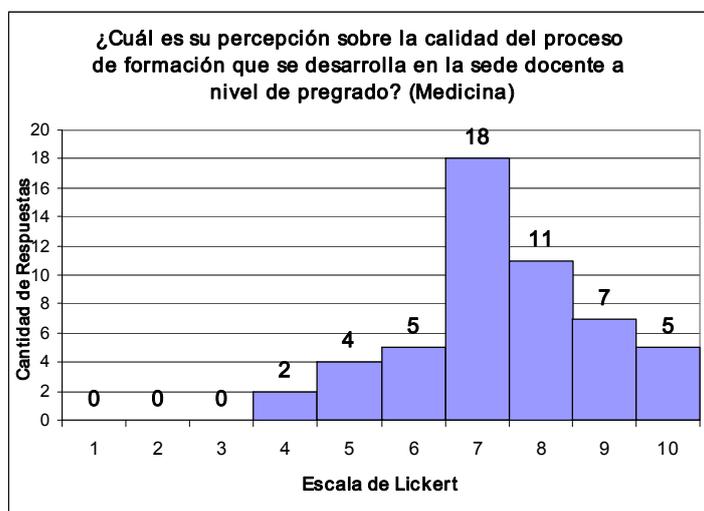


Finalmente, el cuestionario recoge las percepciones de calidad de las distintas carreras dentro de los campos clínicos, mostrando niveles que pueden considerarse como altos para los casos de las carreras de medicina, enfermería y obstetricia, teniendo como el valor más votado la calificación de 7 para medicina y enfermería y de 8 para el caso de obstetricia, no existiendo elecciones de valores bajos (menores a 5) que sean considerables. Incluso, vale resaltar el hecho de que para la carrera de

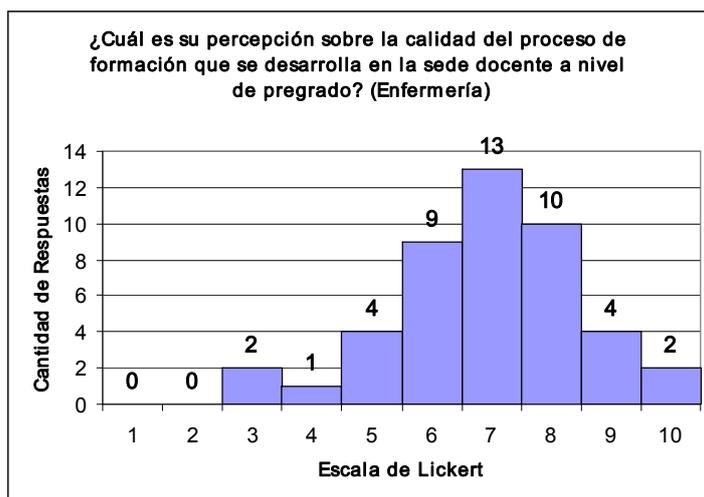
medicina sólo hubo 2 personas que perciben la calidad del proceso de formación como baja, habiendo calificado con 4 para ambos casos.

Sin embargo, para el caso de los técnicos en enfermería, la opinión de los encuestados frente a la calidad de la formación dentro de las sedes docentes presenta en su mayoría niveles iguales o menores a 5, lo cual se considera como medio bajo y bajo. Sin embargo, hay que indicar que salvo la presencia de una moda de 5 en las calificaciones, todas las respuestas se encuentran distribuidas a lo largo de la escala de Lickert, mostrando así opiniones muy diversas entre los encuestados.

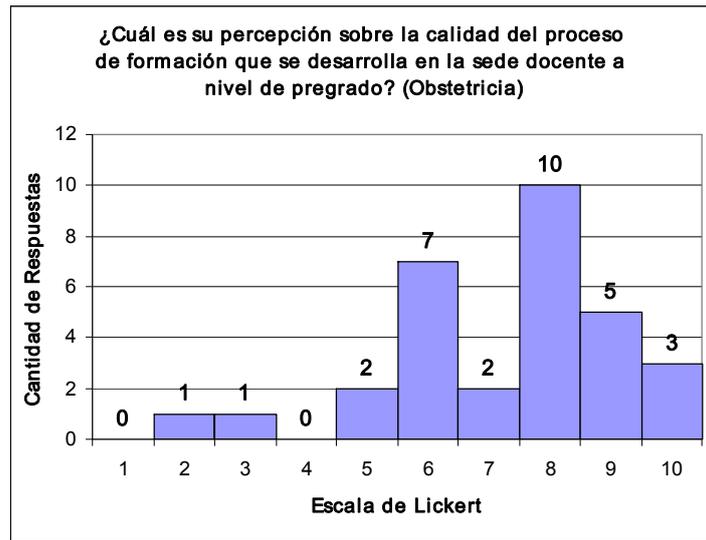
**Figura N°27. Percepción de la calidad de los procesos de formación (medicina)**



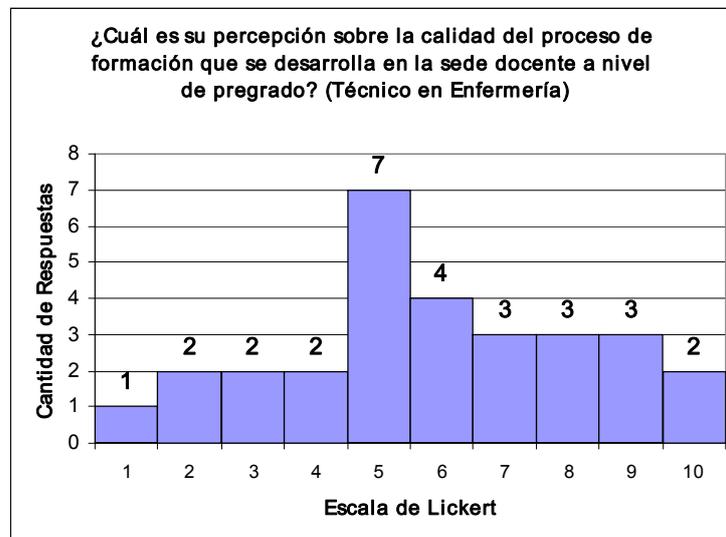
**Figura N°28. Percepción de la calidad de los procesos de formación (enfermería)**



**Figura N°29. Percepción sobre la calidad de proceso de formación (Obstetricia)**



**Figura N°30. Percepción sobre la calidad del proceso de formación (Técnico en Enfermería)**



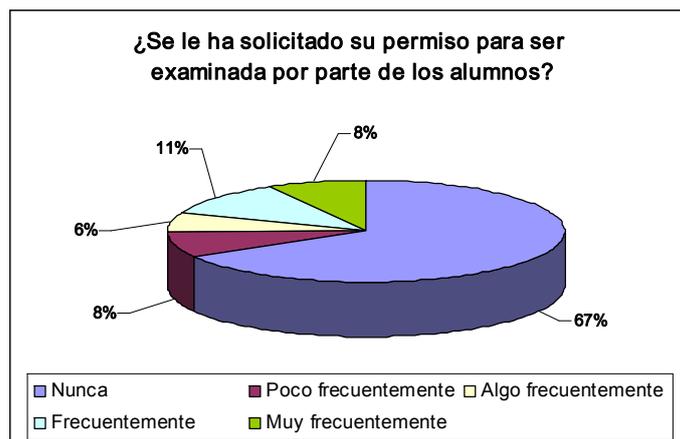
### 4.3 La opinión de los pacientes

Conjuntamente a la encuesta para informantes clave se realizó una encuesta dirigida a pacientes dentro de los hospitales que funcionan como sedes docentes, con el objetivo de recoger las opiniones de los usuarios de los servicios de salud respecto a la atención brindada por parte de los alumnos. La encuesta se realizó a 112 pacientes de los hospitales comprendidos en el estudio y constó de 3 preguntas, dos de ellas relacionadas a la calidad de la atención por parte de los alumnos y sobre los cumplimientos de algunas normas mínimas acerca de la atención, además de una pregunta final que recoge la percepción del usuario acerca de la calidad del servicio.

En primer lugar, se les preguntó a los pacientes si es que el alumno pedía permiso para poder examinarlo. El resultado demuestra que en el 67% de los casos nunca se pidió el consentimiento del paciente antes de ser examinado. Por otro lado, aquellos que afirmaron que esta norma se cumplía en niveles frecuentes y muy frecuentes suman el 19% del total de casos.

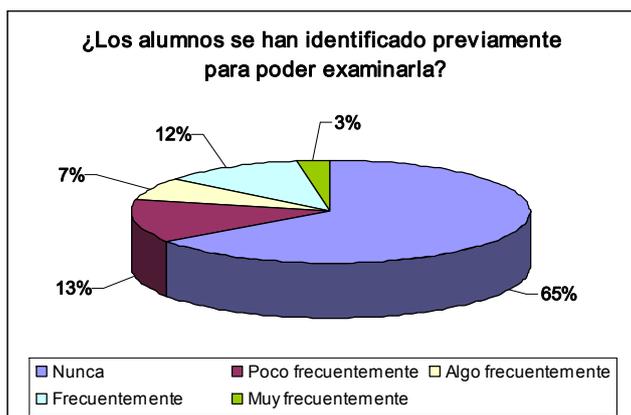
De esta manera, el resultado obtenido muestra que las respuestas de los informantes claves y las respuestas de los pacientes son discrepantes en este punto. En la encuesta a informantes claves, las respuestas que afirman un bajo cumplimiento de la norma de solicitar permiso al paciente antes de ser examinado suman 40.26% del total de los casos, mientras que en la encuesta a pacientes el 75% afirma que ello no se cumple. Esto demuestra una brecha entre la percepción y la realidad de los campos clínicos en cuanto al cumplimiento de las normas. Asimismo muestra que el estándar de los informantes claves se encuentra por debajo del que requieren los usuarios de los servicios.

Figura N°31. Permiso de los pacientes para ser examinados por los alumnos



De la misma manera, los resultados obtenidos en relación a la pregunta de si los alumnos se identificaron antes de examinarlos fueron en el 65% de los casos negativos. Sólo el 15% de las respuestas afirmó que se cumplía esta norma.

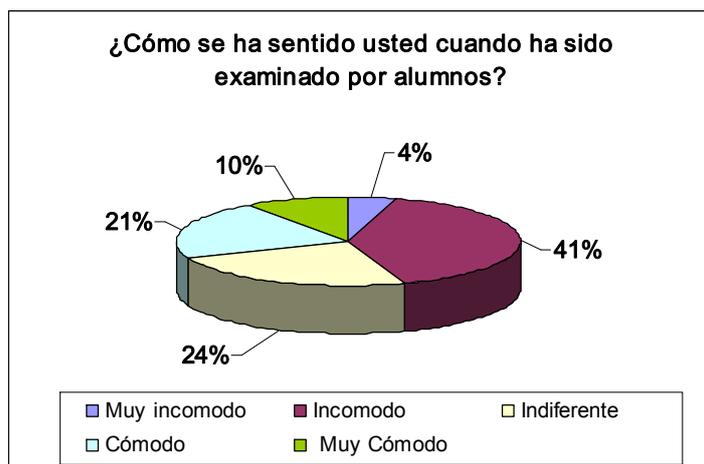
**Figura N°32. Nivel de identificación de los alumnos frente al paciente**



Finalmente, las respuestas sobre el respeto de los alumnos a la integridad de las personas atendidas, en un 45% de los casos declaran sentirse incómodas al ser examinados por estudiantes, frente a un 31% que afirma lo contrario. Un 24% afirma sentirse indiferente al ser examinados por los estudiantes.

En este caso también hay una diferencia con lo manifestado por los informantes clave: la percepción de los docentes coordinadores sólo en el 19.48% de casos declaró el no cumplimiento de normas referidas al respeto a la personalidad, intimidad y dignidad de los pacientes.

**Figura N°33. Percepción de la comodidad de los pacientes frente a los alumnos**



## CAPÍTULO 5. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y LECCIONES APRENDIDAS

A la base de este desfase entre incremento de la oferta educativa y el menor crecimiento de la capacidad de los espacios de formación se encuentran muchas veces los procesos de reforma vividos en nuestros países, particularmente latinoamericanos que suman y agregan diferentes tensiones y lógicas<sup>35</sup>.

Así a una primera reforma universitaria que trajo autonomía y cogobierno, con un estado benefactor, se introdujo luego una segunda reforma universitaria con una lógica privada, libertad de mercado, restricción (o estrangulamiento) de la educación pública y diferenciación según calidad y precio, muchas veces llevada de manera silenciosa pero efectiva<sup>36</sup>; y más recientemente el ímpetu de una tercera reforma en un escenario de creciente globalización en la que se incorpora una lógica nacional defensiva y sistemas de aseguramiento de la calidad con incremento de la cobertura.<sup>37</sup>

No siempre las exigencias académicas de los programas de salud concuerdan con los requerimientos del proceso de atención en los servicios de salud. De hecho, el mercado de trabajo está reduciendo su confianza en las credenciales educacionales y requiriendo más y diferentes competencias y habilidades,<sup>38</sup> y éste es un fenómeno global, que se da en toda la educación superior.

Es necesaria una revisión de las experiencias latinoamericanas para poder explorar soluciones comunes a problemas comunes. Por su importancia, diferente grado de evolución y disponibilidad de información, se han seleccionado las experiencias de Chile, Venezuela, Bolivia y Colombia, comparando éstas, dentro de lo posible y viable con la experiencia peruana.

### La experiencia chilena

Un primer dato a tomar en cuenta es que el sistema de salud de Chile es un sistema mixto, dividido en 2 subsistemas, uno público y otro privado, ambos con una vertiente asistencial y otra previsional. El primero atiende al 74% de la población chilena a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), oferta pública que se ha fortalecido con las Garantías Explícitas de Atención.

Asimismo en este sistema, los hospitales poseen distintos niveles de complejidad, desde el Tipo 1 (mayor complejidad) hasta el Tipo 4 (menor complejidad). El número de establecimientos evidencia una marcada concentración en los establecimientos de mayor complejidad, como se muestra en la siguiente Tabla.

---

<sup>35</sup> Braslavsky C & Cosse G. Las actuales reformas educativas en América Latina: cuatro actores, tres lógicas y ocho tensiones, en Fajardo M & Puryear JM (editores), Formas y Reformas de la Educación en América Latina, 1ª Ed. Santiago, LOM Ediciones, PREAL, 2003.

<sup>36</sup> Arroyo, Juan. Salud: La reforma silenciosa. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000.

<sup>37</sup> Rama C. La Tercera Reforma de la Educación Superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización. Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe 2000-2005, IESALC - UNESCO, 2006.

<sup>38</sup> Schwartzman S. América Latina: Las respuestas nacionales a los desafíos mundiales. En Altbach PG, Peterson PM. Educación Superior en el Siglo XXI. Desafío Global y respuesta nacional. 1ª Ed, Ed. Biblos Educación y Sociedad, Buenos Aires, 2000.

**Tabla N°50. Número de establecimientos según nivel de complejidad, Chile 2006**

Tipo Establecimiento	Número Establecimientos	% Distribución	Cantidad Camas	% Distribución
1: Máxima Complejidad	21	10%	12.729	41%
2: Alta y mediana complejidad	31	15%	8.162	26%
3: Mediana-baja complejidad	27	13%	4.345	14%
4: Baja complejidad	127	62%	5.657	18%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>	<b>30.893</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2006.<sup>39</sup>

Nos parece fundamental para abordar el tema de la articulación y regulación académica - asistencial, lograr una perspectiva histórica y general de la educación superior en Chile. Son al menos 4 los ciclos por los que ha atravesado la educación superior chilena en el siglo pasado,<sup>40</sup> siendo el último y vigente el iniciado por un conjunto de reformas desde 1981.

En el marco de un nuevo ordenamiento político jurídico, se produce la reforma del sistema educacional chileno, que se caracteriza por un desplazamiento de la educación superior pública, la diversificación de la oferta educativa y el estímulo a la competencia. En esta lógica se genera un nuevo espacio de formación profesional no universitaria: institutos profesionales y centros de formación técnica.<sup>41</sup>

A partir de 1981 se produce un proceso de expansión significativo de la oferta educativa. Así hasta 1989 se crean 22 nuevas universidades y 57 institutos. A partir de 1990, se han sumado 18 universidades y 23 institutos profesionales. De esta manera, la expansión de la oferta educativa es mostrada en la siguiente Tabla, con un fuerte predominio de la educación privada (75% de las instituciones y el 100% en el sector no universitario).<sup>42</sup>

**Tabla N°51. Evolución del número de instituciones de educación superior, período 1980-2003**

Tipo / categoría institucional	1980	1990	2003
Universidades	8	60	63
Institutos profesionales	0	81	51
Centros de formación Técnica	0	161	115
<b>Total Sistema Educación Superior</b>	<b>8</b>	<b>302</b>	<b>226</b>

Fuente: Informe de la Educación Superior en Chile: 1980 - 2003

<sup>39</sup> Datos del Ministerio de Salud de Chile - 2006, citado por Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

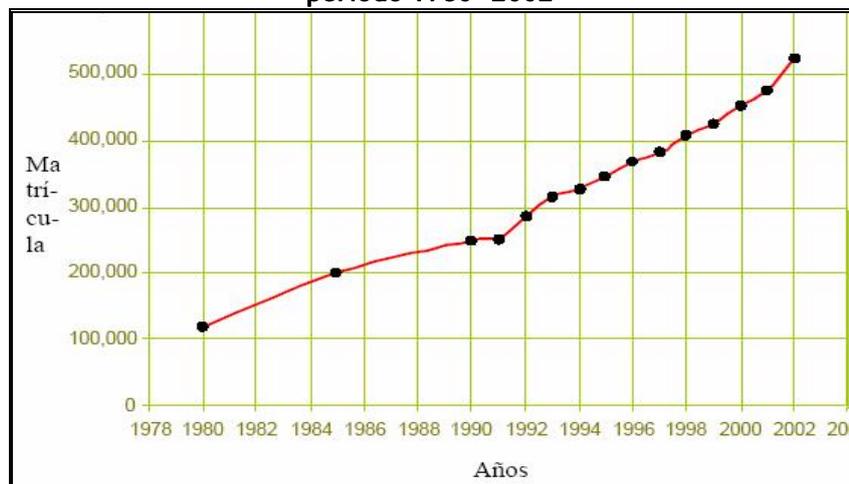
<sup>40</sup> Bernasconi A. y Fernando Rojas (2005). Informe de la Educación Superior en Chile: 1980 - 2003.

<sup>41</sup> Los institutos profesionales otorgan títulos profesionales no reservados a las universidades, y los centros de formación técnica forman en carreras técnicas de dos años de duración.

<sup>42</sup> Bernasconi A; y Fernando Rojas, ibidem 2005.

En la siguiente figura se gráfica la marcada expansión de la matrícula en la oferta educativa acaecida en este periodo:<sup>43</sup>

**Figura Nº34. Evolución de la Matrícula de Educación Superior, período 1980 -2002**



Fuente: Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007

En este contexto es que se promulgan la Ley 18.962 (Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza) y la Ley de aseguramiento de la calidad en educación, ambas amparadas en la Constitución Política de Chile de 1980. De acuerdo a la primera sólo existe la formación técnica y la formación profesional. La formación de Técnicos tiene dos niveles: la de Técnico de Nivel Medio que es impartida por Liceos Técnico Profesionales y la Técnico de Nivel Superior que es impartida por los Centros de Formación Técnica. Por su parte, la formación profesional es impartida por las Universidades e Institutos Profesionales.

Las carreras del área de la salud existentes en la educación de nivel superior chileno son: Enfermería, Obstetricia, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Psicología, Odontología, Química y Farmacia, Tecnología Médica con mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre, Tecnología Médica con mención Bioanálisis clínico, hematología y banco de sangre; Morfofisiopatología y Citodiagnóstico; Oftalmología; Otorrinolaringología; Radiología y Física Médica; Licenciatura en Nutrición y Terapia Ocupacional.<sup>44</sup>

En el año 2005 se registraron 268.599 matriculas en carreras universitarias, de las cuales 57.383 correspondieron a matriculas de primer año (21% del total), y en el caso del Sector Salud se alcanzó un total de 5.745 matriculas.<sup>45</sup>

#### Los Campos clínicos en la Carrera de Medicina

Actualmente, existen 23 Escuelas de medicina en Chile, lo que ha despertado la preocupación de las instituciones académicas, más aun cuando existe la perspectiva del incremento de este número. El 9 de agosto del 2002, la Academia Chilena de

<sup>43</sup> Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

<sup>44</sup> Op. Cit.

<sup>45</sup> Anuario estadístico de Consejo de Rectores, 2005, citado en Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Medicina invitó a todas las Escuelas de Medicina del país, públicas y privadas, a un Seminario<sup>46</sup> en el que se intercambiaron ideas sobre la situación actual y futura de la educación médica. Este evento contó con el auspicio de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es importante anotar que en el año 2002 el cupo total de ingreso a la carrera de medicina en el país fue de 1,122. Las plazas ofrecidas por las distintas escuelas oscilaron entre 40 y 195 y sólo dos facultades ofrecieron más de 100 cupos de ingreso. Las 11 Escuelas que contestaron la encuesta administrada previamente al Seminario, señalaron *el empleo de 130 establecimientos asistenciales como sedes docentes, ya sean hospitales o consultorios urbanos o rurales. Tan solo trece de estos establecimientos eran compartidos por más de una Escuela, es decir el nivel de cohabitación era del 10%*. Dada la importancia del evento, resumimos algunos puntos especialmente en lo concerniente a recomendaciones:

#### Docencia en Ciencias Básicas e Integración Básica Clínica

- a) Incorporar el contacto precoz de los estudiantes con los problemas clínicos y su análisis desde la perspectiva de las ciencias básicas.
- b) Favorecer la formación de egresados de medicina como docentes de ciencias básicas, ofreciéndoles programas de postgrado en patología humana que los habiliten como investigadores y docentes, garantizándoles las condiciones que les permitan dedicarse prioritariamente a la carrera académica.

#### Docencia en pacientes ambulatorios

- a) Incrementar en forma significativa la docencia clínica con pacientes ambulatorios, disponiendo no sólo del tiempo curricular necesario sino también de locales adecuados que cuenten con auditorios, salas de seminarios, biblioteca equipada tecnológicamente y espacios que garanticen el bienestar de los alumnos. Asimismo, se debería contar con un cuerpo docente experimentado y dedicado a este tipo de enseñanza.
- b) Favorecer la participación de los alumnos de pregrado en estudios clínicos y de salud pública y en actividades de prevención y promoción de la salud.
- c) Reforzar en el postgrado la formación de especialistas en medicina familiar, medicina interna y pediatría, aumentando sus actividades programáticas en atención ambulatoria.

#### Regulación de los campos clínicos

Dado el número y concentración de las Escuelas de Medicina, especialmente en la región metropolitana, los campos clínicos se han hecho insuficientes en cantidad y calidad. La cohabitación de estudiantes de Escuelas con distinto perfil profesional resulta en una situación altamente inconveniente para los alumnos, docentes y pacientes. Esta cohabitación existe en 10% de los establecimientos asistenciales utilizados por las diversas Escuelas. En relación a este aspecto, los participantes en el Seminario valoraron positivamente el documento emanado del Ministerio de Salud que regula el uso de los campos clínicos.

---

<sup>46</sup> GOIC G, Alejandro. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev. méd. Chile*. [online]. feb. 2003, vol.131, no.2 [citado 31 Enero 2007], p.209-212. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000200012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000200012&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.

El grupo recomendó:

- a) Fortalecer el funcionamiento de la Comisión Nacional Docente Asistencial de Salud (CONDAS), de las comisiones locales (COLDAS) y regionales (CORDAS).
- b) Revisar y establecer convenios para evitar situaciones de cohabitación de escuelas en un mismo campo clínico.
- c) Fortalecer y desarrollar establecimientos asistenciales que puedan servir como campos clínicos, en una acción mancomunada gobierno/universidades.
- d) Convenir con el Ministerio de Salud y con otras instituciones asistenciales que correspondan, las normas regulatorias del uso de campos clínicos por las Escuelas de Medicina.

Con relación a la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los servicios se recomendó:

- a) Acreditar la calidad de los servicios clínicos, tanto hospitalarios como ambulatorios, en cuanto a la posibilidad de una adecuada formación para los estudiantes, contando con suficientes instalaciones docentes y espacios de bienestar para los alumnos.
- b) La acreditación de la calidad asistencial debiera ser realizada por un organismo técnico independiente de las instituciones que le den origen y considerar debidamente las condiciones en que se imparte la docencia.

**Tabla N°52. Universidades que imparten la carrera de medicina, Chile - 2007.**

1	Pontificia Universidad Católica de Chile Medicina R. Metropolitana
2	Universidad Andrés Bello Medicina R. Metropolitana
3	Universidad Andrés Bello Medicina V Región
4	Universidad Austral de Chile Medicina X Región
5	Universidad Austral de Chile Medicina X Región
6	Universidad Católica de la Santísima Concepción Medicina VIII Región
7	Universidad Católica del Maule Medicina VII Región
8	Universidad Católica del Norte Medicina IV Región
9	Universidad de Antofagasta Medicina II Región
10	Universidad de Chile Medicina R. Metropolitana
11	Universidad de Concepción Medicina VIII Región
12	Universidad de La Frontera Medicina IX Región
13	Universidad de los Andes Medicina R. Metropolitana
14	Universidad de Santiago de Chile Medicina R. Metropolitana
15	Universidad de Valparaíso Medicina V Región
16	Universidad de Valparaíso Medicina V Región
17	Universidad del Desarrollo Medicina R. Metropolitana
18	Universidad del Mar Medicina R. Metropolitana
19	Universidad Diego Portales Medicina R. Metropolitana
20	Universidad Finis Terrae Medicina R. Metropolitana
21	Universidad Mayor Medicina IX Región
22	Universidad Mayor Medicina R. Metropolitana
23	Universidad San Sebastián Medicina VIII Región

Fuente: Curso CIRHUS, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007<sup>47</sup>

<sup>47</sup> Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

En el caso de enfermería, se cuenta con 65 carreras, distribuidas en 30 universidades, habiéndose registrado 961 egresados en el año 2005 y 2513 estudiantes ingresantes en el año 2006<sup>48</sup>.

En Chile, como en otros países, los procesos regulatorios se motivaron por la expansión de la oferta de carreras de medicina, así como de otras carreras y programas (6 en 1990 y 23 en 2006), principalmente de universidades privadas, las cuales se orientaron con una lógica mercantil. Esta proliferación de carreras y programas estuvo acompañada de un marco constitucional y legal desregulado heredado del régimen militar.

Es importante anotar que las disposiciones legales aludidas no contemplaron para la Educación Superior consideraciones respecto a la satisfacción de las necesidades de recursos humanos en Chile. Por el contrario, señalaron que "la libertad académica incluye la facultad de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales, cumpliendo los requisitos establecidos por la Ley y de buscar y enseñar la verdad conforme a los cánones de la razón y los métodos de la ciencia". De acuerdo a ello, se establecieron nuevas Universidades y también carreras de Medicina y de otras profesiones de la Salud sin mayor limitación que pertenecer a Universidades autónomas y presentar Planes y Programas a la aprobación del Consejo de Rectores o Superior de Educación. Tal legislación ha determinado una gran presión sobre los establecimientos de los Servicios de Salud para conceder la utilización de "campos clínicos" para la docencia de diversas Universidades y otros centros formadores de recursos humanos, provocando conflictos de intereses, saturación de campos clínicos y "cohabitación" en éstos.<sup>49</sup>

Esta situación tuvo, según la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH)<sup>50</sup>, un impacto negativo sobre la relación docente-asistencial ya que los servicios de salud, en este escenario, ven una oportunidad de "transar comercialmente" la asignación de Centros Asistenciales o las Universidades o Campos Clínicos, y los Hospitales pierden identidad universitaria por "la cohabitación" que genera crisis de los campos clínicos.

En los años 70, el Ministerio de Salud crea la Comisión Nacional Docente-Asistencial (CONDAS). La conformación de ésta fue criticada, en la medida en que estaba constituida sólo por la carrera de medicina, a través de los decanos integrantes de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y por representantes del Colegio Médico, sin contemplarse otras carreras profesionales del área de la salud.

Luego de un prolongado periodo de inercia, en el año 2000 su funcionamiento es más regular y presenta una propuesta que sería hecha suya por el Ministerio de Salud, emitiéndose la Norma General administrativa sobre Regulaciones en Materia de Asignación y Uso de los Campos Clínicos en los Servicios de Salud. En este documento se establecen los principios rectores de la relación docente asistencial y asignación de los campos clínicos de los servicios de salud, y se emiten simultáneamente

---

<sup>48</sup> Datos de la Asociación Chilena de Escuelas de Enfermería, citados en Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

<sup>49</sup> Román Oscar (Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional Docente-Asistencial). Regulación de la asignación y uso de los campos clínicos de los servicios de salud. Propuesta de Política Nacional. 19 de Marzo de 2001.

<sup>50</sup> Enriquez Lorca, Octavio (Presidente ASOFAMECH). Relación Docente - Asistencial. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

directrices para la suscripción de convenios docente - asistenciales de asignación de campos clínicos.

Tradicionalmente la relación que ha existido entre las Universidades y los Servicios de Salud ha sido de respeto y mutua colaboración. En efecto, las Universidades pertenecientes al Consejo de Rectores y que tienen Facultades de Medicina han utilizado por largos períodos diversos Hospitales y Consultorios como campos clínicos, por acuerdos tácitos o convenios formales con el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud. Ello había permitido la constitución progresiva de una planta de académicos contratados para desempeñarse en ellos, los que realizan funciones docentes y asistenciales.

Esto ha contribuido a la creación y desarrollo de diferentes especialidades y disciplinas junto a los profesionales de los Servicios de Salud. Algunas Universidades han construido edificios u otras estructuras para la docencia, adosadas a los Hospitales Clínicos, tales como aulas, laboratorios, auditorios, bibliotecas, etc.

Los Servicios de Salud, por su parte, han apoyado, en el ámbito de su misión, el desarrollo de la labor docente y de investigación. Esto se ha expresado en la consideración de estos aspectos en el desarrollo de la infraestructura, adquisición de tecnología, gasto operacional, adecuación de la gestión de los establecimientos, entre otros.

La institucionalidad vigente deja fuera al Ministerio de Salud de la formación del recurso humano para el Sector Salud y radica la responsabilidad en los Centros Formadores, de acuerdo a lo señalado por la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza. El Ministerio de Educación tiene un rol político y de control que se ejerce principalmente a través del Consejo de Rectores, para las Universidades tradicionales, y del Consejo Superior de Educación (CSE) en el caso de las Universidades privadas no autónomas.

#### Principios Rectores de la Relación Docente-Asistencial y Asignación de los Campos Clínicos de los Servicios de Salud

##### *Concepto de Hospital Clínico Docente-Asistencial.*

El Hospital Clínico Docente - Asistencial se define como “aquel establecimiento de salud que, de acuerdo a su nivel de complejidad, puede entregar un manejo y concepción integral de la Medicina y su relación con la Salud, tanto en sus aspectos curativos y de rehabilitación, como en los de promoción y prevención”. De esta manera, la norma explicita que la presencia de la Universidad le confiere un sello distintivo propio al establecimiento, en lo educacional y en la orientación médica general.

En el mismo sentido, pero recíprocamente, este concepto implica la necesidad de que cada Universidad o Carrera de Salud deba contar, a lo menos, con un Hospital Docente - Asistencial como base para la formación integral de los profesionales de la salud.

Sin embargo, la norma también señala que el hecho que una Universidad tenga como campo clínico un determinado hospital, no excluye que pueda incorporar otros Hospitales o Centros para generar perfiles profesionales apropiados para necesidades emergentes, tales como nuevas patologías o uso de tecnología de punta.

### *Concepto de Acreditación de campos clínicos.*

La Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado de Medicina, con la colaboración de la Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH), ha establecido como requisito para la “acreditación” de una Escuela de Medicina que cuente con los campos clínicos adecuados, esto es, Institutos, Hospitales, Consultorios Especializados, Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) y Consultorios de Atención Primaria. Todos ellos deben cumplir para ser acreditados, con diversas condiciones de infraestructura, capacidad clínica y tecnológica, cobertura geográfica, complejidad y, en forma especial, personal asistencial calificado, de acuerdo a los parámetros que establece dicha Comisión Nacional. Esto les permitirá apoyar integralmente los programas de pre-grado y post-título de las carreras de la Salud.

De esta manera, los establecimientos según el rol asistencial que tengan, deben tener un número de camas, de pacientes ambulatorios, de exámenes de laboratorio y tecnologías especializadas que permitan a los estudiantes cumplir adecuadamente los programas docentes. Además sería óptimo que los establecimientos contaran con biblioteca, salas de conferencias o seminarios, áreas de estudio, residencia para estudiantes, etc., cuya forma de desarrollo debe ser convenida por las instituciones que participan de la relación docente asistencial.

El Estado tiene la responsabilidad que el profesional de la salud tenga un adecuado nivel de preparación para brindar una atención de calidad en su esfera de acción. Por ello, el Ministerio de Salud debe cautelar que los campos clínicos cumplan con las normas de acreditación que defina, para que los Servicios de Salud autoricen su uso por los Centros Formadores. Estos, a su vez, deben velar porque los programas de formación generen el nivel de competencia profesional que el cumplimiento de la política de salud requiere.

### *Concepto de otorgamiento de campos clínicos.*

El acceso a un campo clínico y la permanencia en éste son indispensables para el desarrollo de proyectos educacionales en salud, tanto para las instituciones públicas como privadas. Siendo los establecimientos de los Servicios de salud pertenecientes a la administración del Estado, debe cautelarse que la asignación de los campos clínicos surja de un proceso transparente que se ajuste tanto a la normativa del Sector como a la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza.

### *Concepto de duración de la relación docente-asistencial.*

La relación docente-asistencial no puede establecerse en forma breve ni transitoria sino que, por el contrario, los convenios docente-asistenciales debieran establecerse por un período no inferior 10 a 15 años, espacio de tiempo necesario para lograr una a dos promociones. De esta manera, se garantiza la continuidad de la relación y, si ella es adecuada, se pueden llevar a cabo planes y programas de desarrollo conjuntos de largo plazo, los que son indispensables para la constitución de grupos de trabajo docentes, asistenciales y de investigación fructíferos.

### *Concepto de continuidad y estabilidad de la relación docente-asistencial.*

En todas las instituciones, como es el caso de las Universidades y los Servicios de Salud, el cumplimiento de su misión trasciende a sus autoridades. No es conveniente que un cambio de Director de Servicio de Salud, de Rector de Universidad o de Decano de las diferentes Facultades afecte los términos de la relación docente-

asistencial o la caduque, sin que se cautelen las consecuencias que ello puede producir. Por tanto, los convenios deben ser planteados a mediano o largo plazo y debidamente formalizados de acuerdo a la normativa vigente, de manera que sean respetados por las sucesivas autoridades.

#### *Concepto de no cohabitación.*

Se entiende como cohabitación para los efectos de los campos clínicos, la presencia de dos o más Universidades que ejerzan su docencia en un mismo establecimiento acreditado como campo clínico. La co-habitación no es recomendable pues afecta el concepto de Hospital Clínico Docente - Asistencial que se ha definido, dado que se corre el riesgo de comprometer la dignidad de los pacientes exponiéndolos a un exceso de evaluaciones clínicas y tecnológicas, lo que no es aceptable éticamente. Además, puede generar conflictos entre los estudiantes y entre los docentes en materia de recursos disponibles, con la posibilidad que se genere un clima confrontacional.

Por otro lado, programas docentes de orientación y metodología distinta pueden generar dificultades y problemas asistenciales, tales como aumento en el gasto operacional de los establecimientos (insumos, medicamentos, mantención de equipamiento, etc.), interferencia con el trabajo asistencial de los profesionales del Servicio, especialmente en el área de enfermería, etc.

Sin embargo, constituiría una excepción a este principio la cohabitación del campo clínico en Institutos y Hospitales de alta especialidad, debiendo aceptarse en éstos la presencia de estudiantes de distintos Centros Formadores mediante un sistema de rotación con tiempos acordados y bien acotados.

La asignación de campos clínicos a diversos centros formadores tiene que ser visto en la perspectiva amplia del uso de la red asistencial, velando por su desarrollo y funcionalidad.

#### *Concepto de respeto y reconocimiento a los profesionales de los Servicios de Salud.*

Es indispensable que se establezcan relaciones de armonía y respeto mutuo entre los profesionales académicos y asistenciales que laboran en los campos clínicos, para que la relación docente-asistencial sea fructífera y duradera y se otorguen los reconocimientos al aporte que cada uno de ellos realiza a la labor docente.

#### Directrices para la Suscripción de Convenios Docente-Asistenciales de Asignación de Campos Clínicos

Las directrices a las que deben ajustarse los convenios docente-asistenciales que suscriban los Servicios de Salud con los Centros Formadores Universitarios son las siguientes:

##### *Actualización de los convenios vigentes*

Los convenios vigentes deben ser revisados por los Servicios de Salud con el objeto de que no contravengan los principios enunciados, respetando los requisitos que en cada uno de ellos se hayan establecido respecto a condiciones y plazos. El objetivo de esta revisión es optimizarlos y lograr que el Centro Formador se comprometa con el desarrollo integral del campo clínico que se haya convenido.

### *Acreditación*

Deberá asegurarse que el campo clínico cumpla con las condiciones generales definidas previamente, esto es, que posea condiciones de infraestructura, equipamiento tecnológico, población usuaria, cobertura geográfica y recurso humano académico y asistencial calificado, que permita realizar una formación adecuada de profesionales para el Sector Salud. Debe contar además, con un número de camas, pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como tecnología suficiente, que permitan a los estudiantes cumplir los programas docentes. Otros requisitos importantes son contar con biblioteca, salas de conferencia y seminarios y de residencia para estudiantes que realicen turnos.

Las condiciones señaladas deben ser generadas en forma colaborativa entre las partes, cada una desde su respectivo rol y especificidad.

### *Otorgamiento de un campo clínico*

El otorgamiento de un campo clínico a una Universidad o Carrera será establecida de acuerdo a un proceso transparente de estudio de todas las variables, conocido por el Centro Formador interesado, privilegiando la formación apropiada del estudiante para el cumplimiento de su rol social y cautelando los derechos de los pacientes, el patrimonio de las partes y el logro de los objetivos de los establecimientos.

Entre los criterios a tener en consideración, estará la coherencia del programa de formación que se plantee realizar con la misión del Servicio de Salud, la del respectivo establecimiento y los principios y valores que guían la acción del Sector Público de Salud señalados estos últimos, en las definiciones de la política de salud del Supremo Gobierno.

### *Duración*

El período a pactar debe ser de una duración que permita la formación de dos promociones de la carrera respectiva, de manera que se den garantías a los estudiantes y se lleven a cabo programas de desarrollo conjunto de largo plazo, indispensables para la constitución de grupos de trabajo docente-asistencial y de investigación fructíferos.

Sin perjuicio de lo anterior, podrán establecerse plazos menores, pero no inferiores a una promoción para que un convenio pueda dejarse sin efecto si el sistema de evaluación arroja resultados no esperados.

### *Continuidad de la relación docente-asistencial.*

Los convenios deberán ser dotados de la formalidad legal correspondiente y precisos en sus términos, de manera que sean respetados y aplicados por las sucesivas autoridades de las instituciones y no estén sujetos a interpretaciones posteriores.

### *Cohabitación de Universidades en un mismo campo clínico*

La cohabitación de dos o más Universidades deberá ser considerada para el caso de Institutos u Hospitales de alta complejidad, que sirvan a todo el país o a varias regiones, en los que puede existir el concepto de temporalidad o de turnos para su ocupación, con tiempos bien acotados y acordados previamente.

Cuando se trate de Hospitales Generales o de Adultos o de Niños no especializados, deberá privilegiarse su uso por una sola Universidad, en la medida en que ésta garantice efectivamente su ocupación y desarrollo integral como centro docente-asistencial.

#### *Incorporación de docentes universitarios a los campos clínicos*

La incorporación de los docentes universitarios debe ser debidamente planificada, reglamentada y evaluada, de manera que sea conocida con antelación por los responsables de cada establecimiento para los efectos de la gestión de éstos.

Cuando se trate de especialidades en falencia se deberá establecer en forma precisa la labor docente del especialista de modo que no se desvirtúe la labor asistencial que le corresponde cumplir.

#### *Red de salud*

La asignación de los diferentes campos clínicos de los distintos establecimientos que constituyen la red asistencial de un Servicio de Salud a las Universidades, debe ser vista de una manera integral para favorecer su funcionamiento óptimo.

Los Servicios de Salud velarán porque los convenios sobre la materia contribuyan al desarrollo de la totalidad de la red asistencial pública de su territorio operacional. Procurarán, por lo tanto, que los beneficios de la relación docente-asistencial se expresen en el conjunto de establecimientos que la componen.

En este contexto, los consultorios municipales juegan un rol muy importante en la formación de los profesionales de la salud, por lo que se sugiere que, en las gestiones que se realicen para el desarrollo de programas de formación en establecimientos públicos, se incorpore a las autoridades de las Municipalidades.

Es importante que la formación de los profesionales del Sector Salud se efectúe por consiguiente, en los distintos niveles de complejidad pues permite que los alumnos conozcan fielmente la realidad de salud del país.

#### *Tutoría técnico - administrativa.*

Las actividades académicas deben tener en cuenta las normas técnico-administrativas de los establecimientos en los cuales se realicen, primando ellas en todo aquello que tenga relación con la asistencia de los pacientes y la gestión del establecimiento y su personal.

Es importante que el desempeño de los funcionarios de las Universidades y de los Servicios de Salud que colaboren en los convenios docente-asistenciales se realice bajo la normativa de sus respectivos estatutos jurídicos, estando su dependencia administrativa radicada en las autoridades de la institución correspondiente.

En ningún caso las actividades que deriven de la relación docente-asistencial podrán ir en detrimento de las obligaciones asistenciales que deben cumplir los funcionarios de los Servicios de Salud.

#### *Cupos para alumnos*

Es preciso determinar en forma clara y precisa los cupos de alumnos que puede recibir cada campo clínico acreditado, de modo de no producir congestión que

interfiera con el eficaz cuidado de los pacientes. Tales cupos deben ser comunicados al Centro Formador que corresponda con la necesaria antelación, el que deberá expresar formalmente su aceptación y enviar al Director del Servicio de Salud y del establecimiento, en el momento oportuno, el programa de estadía y el listado de los alumnos.

#### *Responsabilidad civil de los Centros Formadores, académicos y estudiantes*

Para efectos del resguardo de los derechos de los pacientes, del personal que labora en los establecimientos y del patrimonio del Servicio de Salud, se deberán establecer en los convenios cláusulas que precisen los mecanismos de garantía mediante los cuales el Centro Formador, sus académicos y estudiantes, asumirán su responsabilidad civil en las situaciones en que como consecuencia de la actividad formativa u otras relacionadas con la actividad académica, se produjeran daños a las personas o a los bienes del Servicio de Salud.

#### *Aportes financieros*

Es preciso velar por la transparencia en los aportes financieros que se hagan con motivo de la relación docente-asistencial, llevando los registros y sistemas de control correspondientes. Esto con el fin de contribuir al desarrollo fluido de ella y facilitar la monitorización del impacto que la acción docente tiene en el financiamiento del respectivo establecimiento.

#### *Patrimonio*

Las Universidades y los Servicios conservarán el dominio exclusivo de todos los equipos, instrumental y demás elementos de habilitación que aporten a los establecimientos acreditados como campo clínico, sin perjuicio de los comodatos que puedan establecerse. Con este fin, las partes entregarán a la Comisión Docente - Asistencial Local (COLDAS) un inventario detallado y actualizado de todos los bienes involucrados.

En el caso de la construcción de obras o edificios, se estará a lo que se haya definido en los convenios de Comodato respectivos.

#### *Investigación científica*

Ella será impulsada y potenciada por ambas Instituciones, en función de sus proyectos y programas respectivos, interactuando con la Comisión de Ética de los respectivos establecimientos, para efecto de cautelar los derechos de los pacientes y del personal que allí se desempeña.

#### *Supervisión y control del alumnado*

Los alumnos deberán estar a cargo y bajo la supervisión de un docente de la Universidad, en la forma que ésta lo determine. Se podrá prohibir la asistencia al establecimiento a los alumnos infractores, previo informe de la Comisión Local Docente-Asistencial.

No se podrá solicitar a los alumnos, tanto de pregrado como de post-título, tareas o acciones que excedan las señaladas en los programas de formación motivo del respectivo convenio, con la excepción de situaciones de aumento de demanda asistencial causadas por circunstancias epidemiológicas especiales calificadas por el Ministerio de Salud o el Servicio de Salud. En este caso las autoridades de los niveles

que corresponda en cada institución, acordarán la modalidad de participación de los estudiantes.

### *Control de la saturación campo clínico*

Se señala asimismo en la norma el deber de realizar por parte de los Servicios de Salud una evaluación permanente del universo de estudiantes y académicos que permanecen en distintos períodos en los servicios clínicos y unidades de apoyo de los establecimientos. Para este efecto, se considera tanto a aquellos de pregrado como de post-título de las distintas categorías de carreras profesionales y técnicas, así como a los que realizan estadías de capacitación y perfeccionamiento.

Un aspecto interesante a destacar es el papel asesor que se asigna a la División de Recursos Humanos del Ministerio para la formulación de los convenios de asignación y uso de campos clínicos.

A pesar de ello, se asiste a un incumplimiento de las normas, lo que ha llevado a ASOFAMECH a reclamar un rechazo absoluto a la cohabitación por los perjuicios evidentes que conlleva sobre los pacientes, alumnos, escuelas, profesionales sanitarios, servicios clínicos y en definitiva sobre la calidad, estabilidad, potencia y proyección de un convenio docente-asistencial.

En cuanto a lo planteado sobre “Roles y atribuciones de los directivos de los Servicios de Salud, establecimientos autogestionados en red, Municipalidades y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, en la asignación de los Campos de Formación Profesional y Técnica” ASOFAMECH considera que se ha establecido una descentralización extrema del proceso, quedando radicada la potestad de suscripción, supervisión, control y revisión de los convenios sólo en los Directores de Servicio de Salud o Directores de Hospitales autogestionados. La Autoridad Sanitaria, no tendría ingerencia real. Por lo tanto, se consagra la desregulación del sistema.

Así mismo considera que no se establecen instancias de arbitraje independientes frente a conflictos insalvables entre las Universidades y los Servicios de Salud. Aún más, se pretende que los Directores de Servicio de Salud tengan ingerencia sobre los convenios entre Municipios y Universidades.

Se pretende, igualmente, separar la actividad asistencial de la docencia clínica, considerando a los académicos y alumnos como “externos” a los centros asistenciales, limitando la participación de los profesionales sanitarios en la actividad docente-asistencial más allá de lo establecido en cuerpos legales vigentes, que por ejemplo autoriza la superposición de 11 horas docentes con un cargo asistencial de 44 horas.

### Los campos clínicos en enfermería

Los mismos sustratos que promovieron la preocupación del mundo académico en medicina, incremento desregulado de la oferta educativa y peligro evidente de compromiso de la calidad de la formación llevó a la Asociación Chilena de Educación en Enfermería a generar propuestas al respecto.

Así, en el año 2001 el Comité Técnico de Enfermería formado en la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado aprobó el perfil de egreso y los Criterios de Evaluación para la Acreditación de Carreras de Enfermería. Con relación a los segundos, se

aprobaron 10 criterios de evaluación, de los cuales los pertinentes al tema de campos clínicos son los siguientes:<sup>51</sup>

**Tabla N°53. Criterios de Evaluación para la Acreditación de Carreras de Enfermería, 2001**

Criterios	Evaluación de la CNAP
Perfil Profesional y estructura curricular	La organización curricular debe asegurar una formación integral Las actividades de tipo práctico - clínico se deben desarrollar en campos clínicos.
Recursos humanos	La unidad académica debiera tener políticas de integración y capacitación de los profesionales de hospitales o consultorios, utilizados como campos clínicos, en temas específicos que fortalecen el proceso docente.
Efectividad del proceso enseñanza aprendizaje	La supervisión de los estudiantes en los campos clínicos debe estar a cargo de docentes de la unidad y de profesionales asistentes calificados en aspectos básicos de la docencia.
Infraestructura, apoyo técnico y recursos para la enseñanza	La unidad debe contar con campos clínicos, laboratorios, equipos e insumos en cantidad suficiente y en un nivel adecuado de actualización y mantención para asegurar la ejecución de la instrucción experimental apropiada, que los alumnos realicen como parte de su plan curricular.

Fuente: Revista Cubana de Enfermería, 2006.

### La experiencia venezolana

Venezuela transcurre actualmente por un proceso de transformación político - social, el cual ha reestructurado todo el sistema de salud. El punto de partida de dicha transformación ha sido un sistema ampliamente fragmentado, en que existían múltiples proveedores sin coordinación, situación propiciada por la descentralización implementada en los 90. Con la aprobación de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en 1999, el Estado se propuso la construcción de un Sistema Nacional Público de Salud como norte, resolviendo entre el 2004 y la actualidad el problema de la universalización de la atención con la Misión Barrio Adentro, con el concurso de alrededor de 20,000 médicos cubanos. Toda la política de recursos humanos en salud ahora está centrada en la preparación de nuevas cohortes de profesionales de salud venezolanos, que puedan asumir el nuevo sistema de salud que viene emergiendo de la ampliación de Barrio Adentro como eje de una red pública transformada.<sup>52</sup>

En cuanto a la composición de la red de servicios de salud del Estado, ésta tiene dos subsistemas, el del denominado Sistema Convencional, heredado de décadas atrás, con 195 hospitales y 4027 ambulatorios urbanos y rurales, y el subsistema de la Red Barrio Adentro, que tiene:

I Nivel	8500 consultorios populares
II Nivel	600 Centros de Diagnósticos y Salas de Rehabilitación Integrales 12 clínicas populares 24 Centros de Alta Tecnología
III Nivel	43 Hospitales del Pueblo
IV Nivel	2 Hospitales Especializados y de Alta Resolutividad

<sup>51</sup> Cid P & Sanhueza O. Acreditación de campos clínicos de enfermería, Rev Cubana Enfermer 2006;22(4), disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf10406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf10406.htm), consultado el 12-01-07. 19:38 h

<sup>52</sup> Angel D, Labrador M, Ledezma D & Paredes T. Informe Final, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

La Misión Barrio Adentro ha significado un punto de corte en el sistema de salud venezolano, pues los egresados de las universidades no se incorporaban a los ambulatorios periféricos del Estado, por la orientación medicalizada y privatista del anterior sistema, que preparaba médicos para el subsistema privado de clínicas y laboratorios especializados. Debe aclararse que el 70% del gasto en salud estaba antes concentrado en los quintiles superiores de la población, asiduos a este subsistema privado, entre otras razones por la baja calidad de la atención en el subsistema estatal.

De esta forma, la práctica reapertura de un sistema de atención gratuita con la Misión Barrio Adentro, primero a través de médicos cubanos residiendo en casas de habitantes de la propia comunidad y luego en miles de consultorios construidos por el Estado en las zonas urbano-marginales, ha significado una ampliación masiva del acceso, expresada en un desborde de la demanda de atención por franjas de población que requerían no sólo atención sino incluso rehabilitación, por los años de descuido previos.

En estos momentos unos diecinueve mil médicos, la mayoría de ellos cubanos, trabajan en la Misión. Sin embargo, Barrio Adentro ha establecido una alianza con la Universidad Bolivariana de Venezuela y la Misión Sucre para colaborar en la formación de médicos comunitarios venezolanos, quienes a medida que se vayan graduando sustituirán a los galenos cubanos.

Se ha formado así el programa de Medicina Integral Comunitaria, que forma médicos directamente en los espacios de las comunidades, en los consultorios populares, a los fines de garantizar un servicio sanitario al estilo Barrio Adentro, rompiendo de hecho los paradigmas de la universidad tradicional, que se concentra principalmente en los establecimientos clínicos de mayor complejidad como espacios de formación. Este proceso educativo se apoya en la estrategia estudio-trabajo desde el inicio del proceso de formación, y se desarrolla a nivel individual, familiar y comunitario, en los establecimientos del primer nivel de atención y a nivel secundario y terciario, en la medida que lo requiera la obtención de mayores competencias clínicas. La formación dura cinco años y conduce al título de médico cirujano.<sup>53</sup>

El programa de formación de Medicina Integral Comunitaria está dividido en dos etapas. La primera, el Pre-médico, sirve como curso introductorio, donde el estudiante recibe las orientaciones y adquiere capacitación en los módulos de asistencia médica de Barrio Adentro; mientras que en aulas, aldeas y locales docentes el bachiller recibe la formación en las asignaturas que garantizan la adquisición de competencias y el empoderamiento de los estudios en Medicina Integral Comunitaria.

En los centros de diagnóstico integral, el bachiller se capacita en materia de exámenes paraclínicos, imagenología, manejo de tecnología médica, y en todos ellos está aprendiendo y haciendo.

Asimismo, en los Centros de Rehabilitación integral se les capacita en cuanto a lo que se refiere a la rehabilitación, terapias complementarias, terapia ocupacional y de lenguaje, facilitando al estudiante un mayor conocimiento en este campo.

---

<sup>53</sup> Programa de Formación de Pregrado en Medicina Integral, Universidad Bolivariana de Venezuela, disponible en [http://www.ubv.edu.ve/index.php?option=com\\_content&task=view&id=25&Itemid=61](http://www.ubv.edu.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=61), consultado el 26-12-06, 20:35 h.

De esta manera se generan dos escenarios de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes de medicina, completamente diferentes, uno primero el de los establecimientos del Ministerio de Salud, que es campo de formación de los estudiantes de las universidades tradicionales, y el de la Misión Barrio Adentro, que especialmente en su primer nivel se convierte en escenario de formación de los estudiantes del programa de Medicina Integral Comunitaria.

A su vez, en el caso de los mecanismos de aseguramiento de calidad es importante anotar que en Venezuela no se ha estructurado un sistema de acreditación de escuelas de medicina. La Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM) ha aprobado los estándares de acreditación y se está gestionando la conformación de una comisión nacional en conjunto con las instituciones gubernamentales.<sup>54</sup>

**Tabla N°54. Egresados de las Universidades, Venezuela, 2000-2004**

	AÑOS					Totales
	2000	2001	2002	2003	2004	
Bioanálisis	465	391	260	398	370	<b>1884</b>
Enfermería	1452	2616	2145	1593	1002	<b>8808</b>
Farmacía	333	170	350	336	238	<b>1427</b>
Medicina	1384	1866	1621	1478	1774	<b>8123</b>
Nutrición y Dietética	34	126	73	125	131	<b>489</b>
Odontología	980	1414	1303	1060	929	<b>5686</b>
<b>Totales</b>	<b>4648</b>	<b>6583</b>	<b>5752</b>	<b>4990</b>	<b>4444</b>	<b>26417</b>

Fuente: Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007

En cuanto al proceso de enseñanza y aprendizaje en los establecimientos del Ministerio de Salud, los docentes universitarios son al mismo tiempo médicos de los establecimientos de salud. De otro lado, las facultades de Medicina cuentan con supervisores en los centros ambulatorios, que garantizan y realizan seguimiento a los alumnos.

Con respecto a la relación entre las universidades y los establecimientos de salud se observa un nivel importante de informalidad ya que no todas las universidades cuentan con convenios para la práctica en los establecimientos. A pesar de este problema es importante resaltar que existe exclusividad en el uso de los campos clínicos debido a la distribución geográfica de las facultades de medicina (cada una de las 8 existentes - tradicionales, están ubicadas en diferentes Estados).

Finalmente, en cuanto a la utilización de establecimientos por niveles de complejidad, la docencia se realiza en Hospitales por dos años o dos años y medio. Pero ella no sólo se restringe a los Hospitales sino también se realiza en Centros Ambulatorios urbanos y en centros ambulatorios rurales por períodos que van de 6 meses a 1 año.

### **La experiencia boliviana**

El marco jurídico nacional de la educación superior está constituido por la Constitución Política, en proceso de revisión, la Ley 1565 de Reforma Educativa y sus reglamentos operativos.

<sup>54</sup> ET & T C.A. Caracterización del Recurso Humano en Salud en Venezuela, citado en Angel D, Labrador M, Ledezma D & Paredes T. Informe Final, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

La coordinación, no sin problemas, en el campo de los recursos humanos se realiza a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial, el cual está conformado por:

- El Ministerio de Salud y Deportes, que lo preside;
- El Consejo de Educación Universitaria Bolivia (CEUB);
- El Ministerio de Educación;
- La Decanatura de Facultades Públicas de Medicina; y
- El Colegio Médico de Bolivia.

El objetivo central de este Comité Nacional es lograr una efectiva coordinación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y la institución que capta los mismos a fin de dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Este Comité Nacional de Integración Docente Asistencial funciona a través de cuatro comisiones (Pregrado, posgrado, investigación y administrativa). Sin embargo este es aun un proceso en construcción.

Un punto a destacar en el caso de la fuerza de trabajo médica, es su número relativamente reducido (6,5 por 10000 hab.) en comparación a otros países, inclusive de la propia subregión andina.

Una síntesis presentada por expertos bolivianos<sup>55</sup> afirma que las prácticas clínicas y el Internado Rotatorio se desarrollan predominantemente en hospitales. A diferencia del caso venezolano los campos clínicos para la enseñanza en Bolivia se encuentran dispersos; así mismo la comunidad y los niveles primarios son subutilizados.

A diferencia de las experiencias de Chile y Perú el uso de los centros de salud del Estado es exclusivo de las universidades públicas, para lo cual se firman convenios. Sin embargo, ninguna universidad pública tiene escenarios clínicos docentes propios.

De otro lado, a pesar de los convenios de exclusividad para el uso de escenarios clínicos del Estado, actualmente se está dando cabida a las universidades privadas en esos campos clínicos.

### La experiencia colombiana

Colombia no estuvo ajena a las reformas que se desarrollaron en toda la región en la década de los 90s, y que modificaron sustancialmente el escenario de la salud en el país. Con la expedición de la Ley 100 en 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social integral y se reorganizó todo el sistema de salud. En la actualidad las Institucionales Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuentan con 40.809 servicios con una distribución de camas de la siguiente manera:

**Tabla N°55. Camas por servicio. Colombia, 2004**

Servicio declarado por los prestadores	N° . camas declaradas	% sobre el total
Servicio General Adulto	25.406	48,52
Pediátricas	9.318	17,76
Obstetricia	7.652	14,58
Psiquiatría	3.696	7,04

<sup>55</sup> Zambrana Ávila, Guido. Planificación de campos clínicos en la enseñanza médica. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

Servicio declarado por los prestadores	N° . camas declaradas	% sobre el total
Cuidado Intermedio Neonatal	1.514	2,89
Fármaco dependencia	1.418	2,70
Cuidado Intensivo Adulto	1.180	2,25
Cuidado Intensivo Neonatal	811	1,55
Cuidado Intensivo pediátrico	696	1,33
Cuidado intermedio Adulto	379	0,72
Unidad de Quemados	251	0,48
Cuidado intermedio Pediátrico	154	0,29
Total camas registradas	52.475	100,00

Fuente: Registro de prestadores de servicios de Salud, Dirección General de Calidad de Servicios, Ministerio de la Protección Social 2004.

La razón del número de camas a nivel nacional, se sitúa en 1,14 camas hospitalarias por mil habitantes, las cuales se distribuyen por servicios como se observa en el siguiente cuadro.

**Tabla N°56. Razón de camas por servicio por cada mil habitantes<sup>56</sup>**

Servicio declarado por los prestadores	N° camas	%
Servicio General Adulto	25.406	0,55
Pediátricas	9.318	0,20
Obstetricia	7.652	0,17
Psiquiatría	3.696	0,08
Cuidado Intermedio Neonatal	1.514	0,03
Fármaco dependencia	1.418	0,03
Cuidado Intensivo Adulto	1.180	0,03
Cuidado Intensivo Neonatal	811	0,02
Cuidado Intensivo pediátrico	696	0,02
Cuidado intermedio Adulto	379	0,01
Unidad de Quemados	251	0,01
Cuidado intermedio Pediátrico	154	0,003

Fuente: Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007

### Organismos reguladores y coordinadores

En Colombia las instancias creadas por mandato legal para asumir lo referido a la planificación, conducción, coordinación y evaluación del proceso de articulación docencia y servicio está dado por:<sup>57</sup>

- Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud: que aborda específicamente lo referido a temas de la educación superior en salud.
- El Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud que define la política de la formación de los auxiliares de salud.
- La Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (CONACES), que estudia y recomienda el otorgar el Registro Calificado para los programas de educación superior en salud de niveles Técnico, Tecnológico,

<sup>56</sup> Registro de prestadores de servicios de Salud, Dirección General de Calidad de Servicios, Ministerio de la Protección Social 2004, citado en Arias L, Cubides H, Ruiz M & Vasquez M. Latinoamérica: Gestionando Recursos Humanos en Salud para un Nuevo Siglo - *El Caso Colombia*. Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

<sup>57</sup> Arias L, Cubides H, Ruiz M & Vasquez M. Latinoamérica: Gestionando Recursos Humanos en Salud para un Nuevo Siglo - *El Caso Colombia*. Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Profesional y de Especialización, en donde tiene representación el Ministerio de Protección Social.

En el caso de la regulación de campos clínicos, partió la iniciativa institucional de los Ministerios de Protección Social y de Educación, los cuáles evaluaron la relación docencia-servicio como un proceso donde se verifica el compromiso de las instituciones participantes en la realización de los programas de Pregrado y Postgrado en las diferentes áreas de la salud.<sup>58</sup>

El diagnóstico de la situación arrojó como resultado el continuo deterioro de las relaciones entre instituciones educativas y de servicios de salud con las consecuentes implicancias en los procesos formativos y de manera especial sus repercusiones en la calidad de la prestación de servicios. Este panorama hizo apremiante la necesidad de revisar los conjuntos normativos que regulan estas relaciones, los cuales requieren actualización y adecuación para responder a las nuevas circunstancias en que se desarrollan las actividades educacionales y de prestación de servicios de salud.

En ese marco se inscribió el diseño del Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio adoptado por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, como parte de la estrategia de renovación conceptual y operativa de los denominados convenios docente-asistenciales.<sup>59</sup>

Los criterios de evaluación para la relación docencia - servicio desarrollan los elementos primordiales de la interacción que se genera en los procesos educativos del personal de salud, por cuanto los programas incluyen “prácticas formativas”, que se deben cumplir en las unidades en que prestan servicios de salud (IPS, Hospitales y otros).

La articulación del proceso se orienta desde el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, como ente rector de la política en materia de recursos humanos para el sector salud. La relación docencia-servicio se configura en tres aspectos fundamentales: acuerdos institucionales, programa académico y articulación entre actores.

Los acuerdos institucionales de las entidades participantes permiten desarrollar conjuntamente un programa integrado de prestación de servicios y de formación de personal en las diferentes áreas de la salud. La Universidad debe desarrollar un Programa que tenga por objeto formar un profesional capacitado y por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud un escenario que permita desarrollar la prestación de servicios con calidad. La debida articulación entre los actores, se debe plasmar en un Convenio que debe responder a las exigencias establecidas en la normatividad establecida.

Los aspectos críticos definidos para la evaluación docencia - servicios son: el objeto de la relación docencia - servicio, los criterios de aceptación de estudiantes, los criterios de conformación de cuerpos docentes, las instancias definidas de dirección y organización, la determinación de necesidades y las responsabilidades en relación con recursos financieros y su utilización.

---

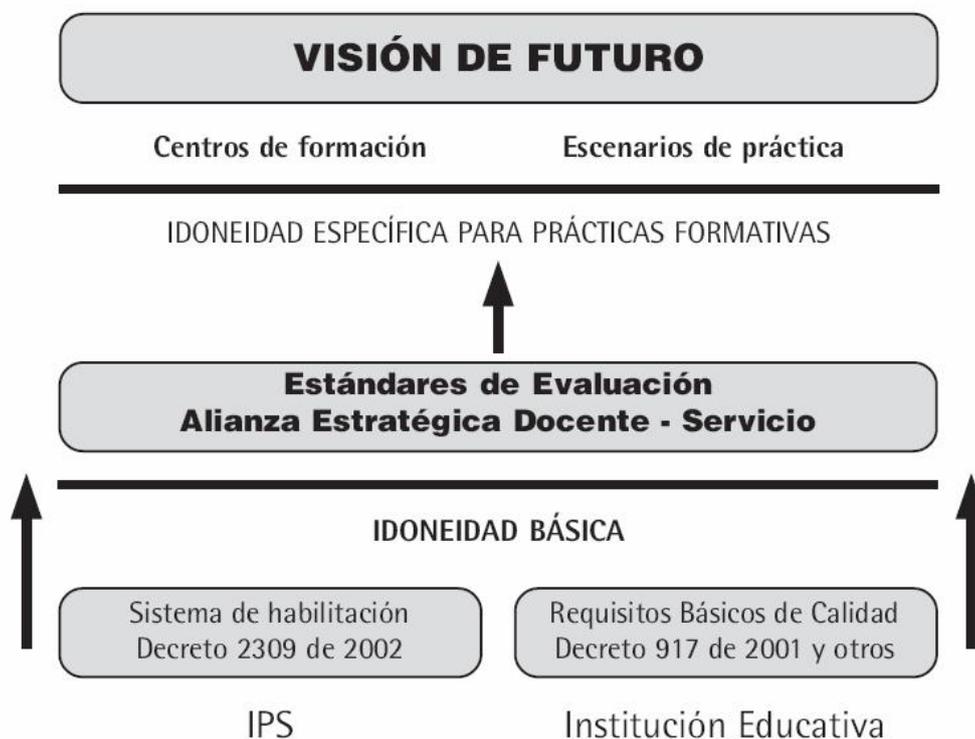
<sup>58</sup> Castellanos, Jorge. Ministerio de Protección Social de Colombia, septiembre 2005. Referido por Dr. Diego Giraldo Samper en Experiencia de Colombia en los Campos clínicos de la enseñanza médica. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

<sup>59</sup> Consejo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Protección Social Colombia y OPS (Programa de Apoyo a la Reforma en Salud). Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio. Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Colombia, Marzo 2004.

Los factores de evaluación docencia - servicio son: la definición de la relación docencia - servicio, los estudiantes y docentes en prácticas formativas, los procesos académicos, la organización, administración y recursos en los procesos formativos, y las prácticas formativas y su relación con el entorno.

La elaboración del Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio (Figura N° 36) tomó en consideración las nuevas normas en el sector educativo con respecto a la certificación básica y a la acreditación de instituciones y programas establecidos por el Ministerio de Educación Nacional e igualmente los procesos de habilitación y acreditación que se derivan de las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de salud del Ministerio de la Protección Social. Así mismo se fundamentó en los elementos conceptuales y en los lineamientos establecidos por el Consejo Nacional de Acreditación y por el Modelo de Autoevaluación y Autorregulación desarrollado por un grupo de instituciones, liderado por ASCOFAME.

**Figura N°35. Relación docencia - servicio**  
**Relación Docencia - Servicio**



En este marco, es importante en la experiencia colombiana la existencia de un Modelo de Evaluación de la Relación Docencia Servicio, que considera que las instituciones formadoras y prestadoras se dedican fundamentalmente a cumplir con los preceptos de su Misión, cumpliendo con las exigencias y requisitos de su sector, pero además, una vez decididas a trabajar en conjunto para la formación de recursos humanos, se dedican a cumplir con calidad el encargo, definiendo explícitamente los objetivos de la relación, a elaborar un plan conjunto, a ejecutarlo y a evaluarlo, además de dejar claro los beneficios y gastos que la relación genera.

Así, la relación docencia - servicio se encuentra regulada mediante el Acuerdo 003 del 2003 que establece los factores, las características, los aspectos a considerar y los criterios de evaluación.<sup>60</sup> Los factores son:

- Factor I: definición de la relación docencia servicio
- Factor II: estudiantes y profesores en las prácticas formativas,
- Factor III: procesos académicos
- Factor IV: organización, administración y recursos para las prácticas formativas
- Factor V: prácticas formativas y su relación con el entorno

#### Factor I: Definición de la Relación Docencia Servicio

##### *Característica 1: Objeto y Alcance de la Relación Docencia-Servicio*

La expresión del objeto de la relación docencia-servicio debe hacer explícito el compromiso de las instituciones participantes en la realización de las prácticas formativas, del o de los programas que conjuntamente se proponen desarrollar, así mismo debe hacer explícito el alcance de dicha relación, determinando el conjunto de criterios que sirvan de referencia fundamental sobre el futuro deseable y posible para la organización y gestión de los programas a desarrollar en un periodo definido.

##### Aspectos a Considerar:

- Idoneidad básica de las instituciones educativas y prestadoras de servicios de salud para participar en la relación docencia-servicio.
- Compromisos explícitos relacionados con el desarrollo de los programas definidos y los criterios que orienten la organización y gestión de los mismos, en un periodo determinado.
- Viabilidad y posibilidad de cumplimiento del objeto de la relación docenciaservicio.
- Conocimiento y comprensión del objeto de la relación docencia-servicio, por parte de los diferentes actores que participan en el proceso.
- Diseño de un sistema de evaluación que permita conocer el cumplimiento del objeto de la relación docencia-servicio.

##### Criterios de Evaluación

1. Existencia de las certificaciones de la institución educativa y de la habilitación de la Institución Prestadora de servicios, otorgadas por las autoridades competentes.
2. Comprobación de la especificidad del objeto de la relación docencia-servicio con respecto a los programas educativos que se propone ejecutar según los criterios adoptados para orientar su desarrollo.
3. Existencia de Instrumentos y mecanismos que permitan evaluar la concordancia entre el objeto de la relación docencia-servicio y los objetivos de los programas.
4. Opinión de los actores participantes sobre el alcance definido, el diseño y el desarrollo del plan de prácticas formativas.

---

<sup>60</sup> República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección de Análisis y Políticas de Recursos Humanos. Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Colombia, 2004, disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14546DocumentNo1426.PDF>, consultado el 10-01-06, 16:35 h

5. Proporción de directivos, profesores, estudiantes y personal de las instituciones prestadoras de servicios, que conocen y comprenden los compromisos adquiridos en el objeto de la relación docencia - servicio
6. Existencia de procesos de seguimiento y control para verificar la viabilidad y/o el cumplimiento del objeto de la relación docencia-servicio.

### *Característica 2: Objetivos de la Relación Docencia-Servicio.*

Los objetivos de la relación docencia-servicio deben expresar de manera concreta las actividades y metas de los programas a desarrollar. Los objetivos deben ser medibles en forma cuantitativa y/o cualitativa y deben orientar los planes y proyectos a realizar.

#### Aspectos a Considerar

- Definición explícita de los objetivos de cada programa, expresados en actividades y metas concretas.
- Conocimiento y comprensión, por parte de los diferentes actores que participan en el proceso, de los objetivos, actividades, metas y requerimientos de los programas a desarrollar

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de un plan de trabajo para concretar la realización de los programas propuestos, que incluya actividades y metas.
2. Proporción de directivos, profesores, estudiantes y personal de la institución prestadora de servicios, que conocen y comprenden los objetivos, alcances e implicaciones, para la relación docencia-servicio, de cada Programa a desarrollar.

### *Característica 3: Legalización de los Acuerdos Institucionales*

Los acuerdos que establezcan las instituciones deben ser claramente formalizados en un contrato o convenio.

#### Aspectos a Considerar

1. Formalización de los acuerdos institucionales con sujeción a los parámetros de la legislación vigente en materia de contratación, incluyendo las pólizas de responsabilidad civil y otras, que amparan contingencias derivadas de las prácticas formativas.
2. El convenio o contrato de la relación docencia-servicio enuncia los documentos de política institucional y de carácter técnico y operativo de los programas a desarrollar, que harán parte del mismo.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia del contrato o convenio, acorde con las disposiciones de la legislación vigente con respecto a contratación, incluyendo la afiliación de estudiantes al SGSSS, pólizas de responsabilidad civil y otras, establecidas por la ley, para amparar contingencias que se puedan presentar en las prácticas formativas, y los diferentes documentos de política institucional y de carácter técnico y operativo de los programas a desarrollar.

## Factor II: Estudiantes y Profesores

### *Característica 4: Acceso de Estudiantes a las Prácticas Formativas*

El acceso de estudiantes a las prácticas formativas debe estar determinado por criterios que definan en cada programa educativo el número de estudiantes, considerando las exigencias y características de la calidad de la prestación de servicios, los derechos de los usuarios de dichos servicios y las competencias profesionales a desarrollar por los estudiantes.

#### Aspectos a Considerar

1. Determinación del número de estudiantes a ser admitidos en las prácticas formativas teniendo en cuenta la capacidad instalada, la cantidad, la variedad y la complejidad de los servicios prestados por la IPS.
2. Determinación del número de estudiantes a ser admitidos en las prácticas formativas teniendo en cuenta el respeto a los derechos de los usuarios, la voluntad de los mismos y las demás normas pertinentes del sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios.
3. Determinación del número de estudiantes a ser admitidos en las prácticas formativas, en cada programa, teniendo en cuenta las exigencias y la especificidad requeridas para el desarrollo de competencias profesionales.
4. Aplicación en todos los casos y de manera objetiva, de los criterios y mecanismos de admisión de estudiantes a las prácticas formativas.
5. Revisión y actualización periódica definida, anual o bianual, de los criterios establecidos para la admisión de estudiantes a las prácticas formativas.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de criterios y mecanismos, definidos explícitamente para cada programa, que determinen el número de estudiantes que pueden ser admitidos a las prácticas formativas, teniendo en cuenta la capacidad instalada, la cantidad, la variedad y la complejidad de servicios.
2. Existencia de criterios y mecanismos, definidos explícitamente en cada programa, para determinar el número de estudiantes que pueden ser admitidos en las prácticas formativas, teniendo en cuenta, los derechos de los usuarios y la calidad de la prestación de servicios.
3. Existencia de criterios y mecanismos, definidos explícitamente en cada programa para determinar el número de estudiantes que pueden ser admitidos a las prácticas formativas teniendo en cuenta las competencias profesionales que deben desarrollar los estudiantes.
4. Número de estudiantes que se encuentren realizando las prácticas formativas en relación con los criterios definidos para la admisión de los mismos.
5. Frecuencia con la cual se realizan los análisis y la revisión de los criterios definidos para determinar el número de estudiantes que pueden ser admitidos en las prácticas formativas.

### *Característica 5: Docentes en las Prácticas Formativas*

Los docentes en las prácticas formativas, independiente de la modalidad de vinculación, deben ser los profesores de la entidad educativa y el personal de salud de la institución prestadora de servicios que participa en el programa respectivo, quienes además deben actuar en forma integrada en la prestación de servicios y en los programas académicos.

#### Aspectos a Considerar

1. Determinación de la calidad de los docentes, en cada conjunto de prácticas formativas, teniendo en cuenta las capacidades, los méritos, los valores humanos y científicos y las competencias pedagógicas, de lo(a)s candidato(a)s, en relación con los objetivos y requerimientos propios del programa a desarrollar.
2. Definición e implementación, por parte de la institución educativa, de un programa de capacitación y certificación como docentes para el personal de la IPS que cumpla dicha función
3. Determinación del número y la dedicación de los docentes, para el desarrollo de las prácticas formativas, teniendo en cuenta la cantidad y variedad de la demanda de servicios, el número de estudiantes y las competencias profesionales a ser desarrolladas por estos.
4. Determinación de criterios para la contratación, remuneración y/o incentivos de los docentes que participan de las prácticas formativas.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de políticas y de criterios de calidad para la selección y designación de los docentes en cada conjunto de prácticas formativas, teniendo en cuenta los criterios establecidos para tal fin.
2. Existencia de Hojas de vida de los docentes, acordes con los criterios definidos para el cumplimiento de los objetivos, las actividades y las metas de las prácticas formativas a desarrollar.
3. Certificados que demuestran el reconocimiento académico al personal de la IPS que cumple funciones docentes y la remuneración e incentivos establecidos para los docentes.
4. Número, categoría y dedicación de los docentes, en relación con los criterios definidos para tal fin.
5. Comprobación de las obligaciones docentes y de la prestación de servicios, especificadas en los contratos de trabajo del personal de la entidad educativa y de la IPS.

#### *Característica 6: Deberes y Derechos de Profesores y Estudiantes*

Los deberes, derechos y reglamento disciplinario que aplica a estudiantes, docentes y personal de salud, que intervienen en las prácticas formativas, se deben expresar en normas y procedimientos claramente definidos y difundidos.

#### Aspectos a Considerar

1. Reglamento que define los derechos y deberes de los estudiantes y docentes que participan en las prácticas formativas, incluyendo la especificación de políticas de bienestar y del régimen disciplinario que aplica a ellos en el marco de las prácticas formativas.
2. Conocimiento y comprensión, por los diferentes actores que participan en las prácticas formativas, del reglamento de estudiantes y docentes y del régimen disciplinario que aplica a cada uno de ellos.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de documento que exprese los derechos y deberes de estudiantes, docentes y personal de salud de la IPS, incluyendo políticas de bienestar y el régimen disciplinario que aplica a estos diferentes actores, en el contexto de las prácticas formativas.

2. Proporción de docentes, estudiantes y personal de salud, participantes en las prácticas formativas, que conocen y comprenden el reglamento para estudiantes, docentes y personal de salud, las políticas de bienestar y el régimen disciplinario correspondiente.

### Factor III: Procesos Académicos

#### *Característica 7: Plan de Aprendizaje en las Prácticas Formativas*

La definición de los contenidos de las prácticas formativas de los programas a desarrollar debe ser consistente con los objetivos educacionales y las competencias profesionales a adquirir por los estudiantes.

#### Aspectos a Considerar

1. Definición de un plan de prácticas formativas elaborado conjuntamente por la entidad educativa y la institución prestadora de servicios, que incluya la determinación de parámetros relacionados con la duración, la intensidad horaria, y la programación para la ejecución de las prácticas formativas
2. Definición de criterios para estimular la investigación, relacionada con el plan de aprendizaje a desarrollar en las prácticas formativas.
3. Adopción de guías, protocolos de manejo, procedimientos (técnico-científicos y administrativos) existentes en la institución prestadora de servicios y formulación de propuestas de mejoramiento
4. Definición de la delegación progresiva de responsabilidades de atención a los estudiantes, acorde con las competencias profesionales a desarrollar según el plan de aprendizaje definido.
5. Definición de procesos y procedimientos de evaluación, para las prácticas formativas, en relación con las responsabilidades y compromisos establecidos en el plan de aprendizaje y en concordancia con el modelo pedagógico.

#### Criterios de Evaluación

1. Pertinencia del plan de prácticas formativas respecto a las competencias profesionales a desarrollar por los estudiantes, según la naturaleza profesional u ocupacional del Programa.
2. Porcentaje de cumplimiento de la programación de prácticas formativas establecida para el desarrollo de competencias profesionales previstas en el plan de aprendizaje.
3. Pertinencia de las investigaciones realizadas en relación con el plan de aprendizaje a desarrollar en las prácticas formativas.
4. Comprobación de la utilización, en las prácticas formativas, de las normas técnicas, protocolos y guías de atención establecidas en el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
5. Existencia de planes de mejoramiento de normas técnicas, protocolos y guías de atención generadas como resultado de las prácticas formativas.
6. Existencia del Plan de delegación progresiva de responsabilidades al estudiante de acuerdo con las competencias profesionales a desarrollar e indicaciones para su aplicación.
7. Existencia de procesos de evaluación de las prácticas formativas en relación con las responsabilidades y compromisos establecidos en el plan de aprendizaje de los programas a desarrollar.

### *Característica 8: Enfoques y/o Metodologías de Aprendizaje*

Los enfoques de aprendizaje en las prácticas formativas deben ser coherentes con la naturaleza y el carácter específico de(l) o los programa(s) educativo(s) y con los criterios adoptados para el desarrollo del plan de estudios.

#### Aspectos a Considerar

1. Correlación de los enfoques de aprendizaje con el carácter específico del programa, con el número de estudiantes en las prácticas formativas y con el respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
2. Compatibilidad de las técnicas y procedimientos de aprendizaje utilizados en las prácticas formativas, con las normas vigentes del sistema obligatorio de calidad en la prestación de servicios (guías, protocolos, pautas y normas técnico-científicas).
3. Definición de políticas y estrategias que reconozcan los enfoques de diferentes disciplinas que requiere una situación de salud dada, que permitan además la integración en las prácticas formativas, de los componentes básico-clínico, práctico, psico-social y humanístico, inherentes a las situaciones y problemas de salud.
4. Determinación de espacios académicos, biblioteca real y/o virtual y de prestación de servicios, para las prácticas formativas, apropiados para el abordaje y solución interdisciplinarios de las situaciones y problemas de salud.

#### Criterios de Evaluación

1. Opinión de estudiantes y usuarios de los servicios, sobre las metodologías utilizadas para el desarrollo de las prácticas formativas.
2. Opinión de profesores respecto a la compatibilidad de las normas, guías y protocolos de atención, definidos en el sistema obligatorio de garantía de calidad y las técnicas de aprendizaje.
3. Existencia y pertinencia de unidades académicas interdisciplinarias para el manejo de necesidades y problemas de salud, en el desarrollo de las prácticas formativas.
4. Existencia de espacios académicos y de prestación de servicios, para las prácticas formativas, apropiados para el abordaje y solución interdisciplinarios de las situaciones y problemas de salud.

### Factor IV: Organización, administración y recursos para las prácticas formativas

#### *Característica 9: Estructura Organizacional de la Relación Docencia-Servicio*

La relación docencia-servicio requiere una estructura organizacional definida, que debe responder por la dirección, la planeación, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y la retroalimentación, de las actividades que se derivan de los acuerdos entre las instituciones que participan en dicha relación docencia-servicio.

#### Aspectos a Considerar

1. Conformación del equipo directivo de la relación docencia-servicio, incluyendo la determinación de instancias de coordinación.
2. Definición de las atribuciones, las funciones y las responsabilidades del equipo de dirección de la relación docencia-servicio.

3. Determinación de criterios para definir el número, calidades y tiempo de dedicación del personal que se requiere para la realización de las actividades de atención de salud, docentes y administrativas, a desarrollar en la relación docencia-servicio.
4. Conocimiento y comprensión de la estructura organizacional existente para el funcionamiento del componente de prácticas formativas de los programas académicos y de las actividades de atención de salud a desarrollar, por parte de los diferentes actores que participan en la relación docencia-servicio.

#### Criterios de Evaluación

1. Conformación del equipo de dirección de la relación docencia-servicio, incluyendo las instancias y mecanismos de coordinación, en los cuales estén efectivamente representados los actores que participan en dicha relación.
2. Existencia de atribuciones, funciones y responsabilidades del equipo de dirección, coherentes con los acuerdos institucionales que definen la relación docencia-servicio y comprobación del cumplimiento de las mismas.
3. Opinión de directivos, profesores, estudiantes y usuarios, sobre la cultura organizacional que se percibe en el ámbito de la relación docencia servicio
4. Proporción de directivos, docentes, estudiantes y personal de salud, que conocen y comprenden la estructura organizacional diseñada para el desarrollo de la relación docencia-servicio.

#### *Característica 10: Procesos Y Procedimientos Administrativos.*

En la relación docencia-servicio se debe establecer un conjunto de procesos y procedimientos administrativos que permitan una efectiva ejecución del objeto de la relación docencia-servicio.

#### Aspectos a Considerar

1. Definición de procesos y procedimientos para la administración de la relación docencia-servicio, así como para la administración del personal que interviene en esos procesos, de manera que sean compatibles con las exigencias y especificidad que requieren los programas correspondientes de prácticas formativas y de prestación de servicios.
2. Conocimiento y comprensión de los procesos y procedimientos administrativos definidos en la relación docencia-servicio, por parte de todos los actores participantes.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de criterios, orientaciones y procedimientos de administración y de determinación de funciones y responsabilidades del personal que intervienen en los procesos de apoyo logístico.
2. Proporción de directivos, docentes y estudiantes que conocen y comprenden los procesos y procedimientos administrativos definidos.
3. Opinión de los directivos, docentes y estudiantes, en relación con la efectividad de los procedimientos administrativos propios de la relación docenciaservicio.

### *Característica 11: Sistema de Información y Comunicación.*

En la realización de las prácticas formativas se debe desarrollar un sistema de información, veraz, ágil y oportuna, que permita la toma de decisiones. Igualmente se deben adoptar mecanismos para la producción, emisión y divulgación de la comunicación generada en la relación docencia-servicio.

#### Aspectos a Considerar

1. Definición de los mecanismos de recolección, sistematización, automatización y divulgación de la información requerida en los programas a desarrollar.
2. Organización de archivos confiables, en los cuales se puedan consultar los registros de actividades, de estudiantes, de profesores y de personal de salud, involucrados en la realización de prácticas formativas de los programas académicos desarrollados.
3. Definición de mecanismos para la operación de la comunicación, interna y externa, en la relación docencia-servicio.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de acuerdos institucionales para el manejo eficiente y específico de archivos de las prácticas formativas y de mecanismos de recolección, sistematización, automatización y divulgación de la información requerida en la relación docencia-servicio.
2. Opinión de los diferentes actores de las prácticas formativas sobre la veracidad, oportunidad y agilidad de la entrega de información.
3. Existencia de mecanismos para la producción, emisión y divulgación de la comunicación generada en la relación docencia-servicio.
4. Opinión de los diferentes actores que intervienen en la relación docencia-servicio, respecto a la comunicación interna y externa.

### *Característica 12: Infraestructura Física para la Relación Docencia-Servicio.*

En la relación docencia-servicio se deben prever las necesidades y usos de la infraestructura física requerida para las prácticas formativas de los programas a desarrollar.

#### Aspectos a Considerar

1. Determinación de Planta física suficiente y adecuada para realizar las acciones de formación y de prestación de servicios, en desarrollo de los programas acordados.
2. Definición de Políticas para el uso de la planta física, acordes con las necesidades de los programas a desarrollar.

#### Criterios de Evaluación

1. Comprobación de la habilitación de la institución prestadora de servicios de salud e inspección de los espacios físicos adicionales necesarios para la docencia, según el número de estudiantes y las actividades de prácticas formativas.
2. Opinión de docentes y estudiantes sobre la consistencia y la coherencia del uso de los espacios físicos.

### *Característica 13: Infraestructura Física para la Relación Docencia-Servicio.*

#### Aspectos a Considerar

1. Determinación de los recursos financieros necesarios para garantizar el desarrollo de los programas acordados.
2. Definición de criterios para determinar las responsabilidades y compromisos de las instituciones en el orden financiero, para el desarrollo de los programas motivo de la relación docencia-servicio.
3. Definición de políticas que orienten la elaboración y la ejecución del presupuesto de la relación docencia-servicio y adopción de criterios de eficiencia para la utilización de los recursos financieros asignados.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de información y análisis que determinen las necesidades de recursos financieros para el desarrollo de la relación docencia-servicio
2. Existencia de los acuerdos institucionales específicos, que deben garantizar los recursos financieros para el desarrollo de los programas.
3. Existencia de la asignación presupuestal y de la ejecución de los recursos comprometidos para el desarrollo de la relación docencia-servicio en cada entidad que participa en dicha relación.
4. Opinión del equipo de dirección de la relación docencia-servicio sobre la concordancia entre las asignaciones presupuestales y los requerimientos del desarrollo de los programas en ejecución.

### Factor V: Prácticas Formativas y su relación con el entorno

#### *Característica 14: Reconocimiento del Entorno*

El reconocimiento del contexto institucional, en aspectos político, social y económico, del (o de los) escenario(s) en donde se desarrolla el componente respectivo de los programas educativos, debe ser un requerimiento para la organización de las practicas formativas.

#### Aspectos a Considerar

1. Análisis de aspectos políticos, sociales y económicos del contexto institucional, en donde se desarrolla la relación docencia-servicio.
2. Análisis de las respuestas del sistema de servicios de salud y su relación con los programas educativos para atender las necesidades y problemas de salud de la población respectiva.

#### Criterios de Evaluación

1. Existencia de un documento actualizado sobre el reconocimiento del entorno en el cual se desarrollan las actividades de la institución prestadora de servicios. En donde se llevan a cabo las prácticas formativas
2. Existencia de documento que presente y analice las respuestas de los programas educativos y su relación con el sistema de servicios de salud para atender las necesidades de la población.

### *Característica 15: Efectos de las Prácticas Formativas en el Entorno*

Las políticas adoptadas conjuntamente por las instituciones que participan en la relación docencia-servicio y las actividades que de ellas se originan, deben determinar acciones que conduzcan a cambios en el entorno.

#### Aspectos a Considerar

1. Adopción de políticas que ejerzan una influencia en el medio donde se realizan las prácticas formativas.
2. Revisión periódica, para actualización, de las políticas definidas respecto a los cambios en el entorno, relacionados con las prácticas formativas y para la comprobación de dichos cambios.

#### Criterios de Evaluación

1. Evidencia documental de definiciones de política institucional relacionadas con las influencias de la relación docencia-servicio en el entorno y de las decisiones de actualización de dichas políticas para buscar sus mejores posibilidades e impacto en el entorno.
2. Comprobación de cambios en el entorno generados por actividades de las prácticas formativas, en un periodo definido, por cada uno de los programas desarrollados.

Luego de la definición de los objetivos de la relación, de la elaboración el plan conjunto, de evaluarlo y generar los planes de mejora, los Ministerios de la Protección Social y de Educación designan Pares académicos quienes visitan al centro asistencial y emite un concepto, documento que sirve de insumo al Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud, para elaborar los acuerdos que autorizan la formación del recurso en los diferentes centros asistenciales.

En el País existen leyes, Decretos y Acuerdos sobre el tema. A continuación se listan los más relevantes, se define su fecha de promulgación, se cita la instancia que lo expide y la temática central:

- Decreto 190 de 1996 del Ministerio de Protección Social, Regula la relación docencia -asistencia.
- Acuerdo 003 de 2003 del Consejo Nacional de Recursos humanos en Salud, establece el modelo de evaluación de la relación docencia - servicio, ya mencionado
- Decreto 2020 del 2006 de los Ministerios de educación Nacional y de la Protección Social por el cual se establecen los criterios de calidad de la educación para el trabajo y el desarrollo humano.
- Decreto 3616 de 2005 de los Ministerios de Educación Nacional y el Ministerio de Protección Social, establece los perfiles de formación de los auxiliares de salud.
- Acuerdos 65 y 67 de 2006 del Comité de Recursos Humanos en Salud, por el cual se crean e integran los Comités Departamentales, Distritales y de Municipios certificados de Recursos Humanos en Salud y se dictan otras disposiciones.

A pesar de todo, algunas condiciones presentadas en los anteriores capítulos como la falta de la cobertura en salud, la proliferación de programas académicos y la descentralización administrativa entre otros, han suscitado distorsiones en la

relación docencia-servicio también en Colombia. Así, el diálogo, la coordinación y la colaboración entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicios han sido insuficientes.<sup>61</sup> La relación docencia servicio se ha comercializado. Los intereses y objetivos de unas y otras siguen siendo dispares. No se promueven encuentros que tiendan a integrar acciones o a conseguir propósitos compartidos. El aprendizaje no prepara al alumno para el entorno en donde se va a desenvolver. Las instituciones educativas, en donde suele primar el academicismo sobre los escenarios reales, no se basan en dicho entorno para preparar a sus docentes y a sus estudiantes para que entiendan el sistema social, se adapten a él y, más importante aún, lleven a cabo los cambios que consideren necesarios.

### Experiencia en la segunda especialidad médica

En el caso de Colombia, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) han venido desarrollando un Proyecto encaminado a establecer los Estándares de Calidad para la Creación y Funcionamiento de Programas de Especialidades Médicas en la Educación Superior.<sup>62</sup>

Una primera fase del proyecto estuvo encaminada a establecer un diagnóstico de la formación de especialistas en Colombia. Asimismo, a proponer y ejecutar un plan de acción que permita delimitar aspectos centrales relacionados con estándares mínimos generales para especialidades médico quirúrgicas, y requisitos mínimos de cada especialidad; y finalmente, a aprobar los estándares de calidad para la creación y funcionamiento de cada uno de los programas de formación de especialistas.

La construcción del diagnóstico tuvo un enfoque participativo, involucrando a través de talleres a los jefes de posgrado, directores de especialidades y representantes de sociedades científicas. Asimismo se desarrollaron reuniones con los decanos de las facultades de medicina y múltiples comunicaciones, con diversas instituciones y expertos en el tema.

Se identificaron 114 especialidades y generaron lineamientos para las 40 con mayor número de programas.

Esta definición de estándares, se enmarca en el proceso de definición de estándares de calidad para profesiones y disciplinas (medicina, enfermería, Medicina, Odontología, Enfermería, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Optometría, Bacteriología, Terapia Respiratoria y Nutrición y Dietética), desarrolladas por el Consejo Nacional de Acreditación de Colombia, con el liderazgo del ICFES y la participación de la comunidad académica.

En tal sentido, una valiosa lección aprendida de la experiencia colombiana es el papel catalizador jugado por la alianza estratégica generada entre la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el ICFES. En este esquema de trabajo el ICFES aporta el modelo de estándares, su experiencia metodológica en el

---

<sup>61</sup> Giraldo Saper, Diego. Director de Evaluación ASCOFAME). Relación Docente - Asistencial. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

<sup>62</sup> Asociación Colombiana de Facultades de medicina (ASCOFAME) - Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES). Especialidades médico-quirúrgicas en medicina: diagnóstico, resultados de talleres y estándares de calidad. República de Colombia - Ministerio de Educación Nacional. Disponible en <http://www.ascofame.org.co/inicio/downloads/Programasespecialidades.pdf>, consultado el 12-01-07, 19:32 h.

tema, su capacidad de convocatoria nacional y un grupo de expertos que apoyan a ASCOFAME en la labor de consultar a los académicos de las distintas especialidades médico-quirúrgicas del país con el propósito de elaborar los requisitos mínimos para el conjunto de ellas, con especificidades para 40 especialidades en una primera etapa.

De los estándares aprobados, rescatamos los siguientes por su pertinencia al tema del presente informe:

#### *Condiciones de existencia del programa*

El programa sólo puede ser ofrecido por una Facultad de Medicina cuyo programa de pregrado cuente con registro calificado, y que haya iniciado el proceso de acreditación voluntaria.

En caso de que las especialidades médico-quirúrgicas se desarrollen en Instituciones Prestadoras de Salud externas de la Facultad de Medicina deberá demostrar la existencia de convenios docente- asistenciales, actualizados en los que se privilegie la actividad docente. Las IPS y EPS no puede en ningún caso por si solas ofrecer programas de especialidad.

#### *Justificación del programa*

El programa debe justificarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) La definición de los problemas de salud que se pretenden resolver relacionados con la naturaleza de la especialidad, la identificación de sus principios y paradigmas y las necesidades de los ámbitos regional y nacional.
- b) La demostración del impacto científico, tecnológico, social y económico de la especialidad.
- c) La comprobación de que corresponde a un área del conocimiento reconocida y validada por la comunidad científica internacional, y que no se reduce al adiestramiento en técnicas o tecnologías especiales.
- d) La realización de estudios acerca de la pertinencia que demuestren la factibilidad académica y económica del programa.
- e) La coherencia con la misión y el proyecto institucional, que se articule adecuadamente con las políticas educativas y el desarrollo del Estado para construir país.

#### *Denominación académica del programa*

La información presentada debe sustentar la denominación académica del programa y la correspondiente titulación, de conformidad con su naturaleza. El nombre del programa debe ser claramente diferenciable como programa de especialidad médico-quirúrgica.

#### *Sistema de selección de estudiantes*

El programa establecerá con precisión el sistema de selección, admisión y transferencia de los estudiantes y de homologación de cursos. Así mismo, el programa debe asegurar que el sistema sea equitativo, conocido por todos los aspirantes y aplicado con transparencia.

### *Sistemas de evaluación de estudiantes*

El programa definirá en forma precisa los criterios académicos que sustentan la permanencia, promoción y grado de los estudiantes.

En este sentido, debe tener, dar a conocer y aplicar el sistema de evaluación de los aprendizajes y el desarrollo de las competencias de los estudiantes, haciendo explícitos sus propósitos, criterios, estrategias y técnicas. Las formas de evaluación serán coherentes con los propósitos de formación, las estrategias pedagógicas y con las competencias esperadas.

### *Personal docente*

Las especializaciones médico-quirúrgicas deben demostrar la existencia de un núcleo profesional docente idóneo tanto en la facultad como en la Institución prestadora de servicios de salud donde se desarrolla la especialización. El número, la dedicación y los niveles de formación científica y pedagógica de los profesores, así como las formas de organización e interacción de su trabajo académico (comités, áreas, equipos, grupos, etc.), deben ser los necesarios y pertinentes para responder satisfactoriamente a todas las actividades académicas que éste demanda, en correspondencia con la naturaleza, estructura, complejidad del programa y número de sus alumnos.

En este sentido, para el ofrecimiento de programas los profesores deben tener el Título de especialista y deben acreditar experiencia investigativa. También, la institución de educación superior como la institución prestadora de servicios deben tener políticas para la formación, capacitación y desarrollo permanente de los profesores, vinculados a la facultad y los que pertenecen al centro de práctica con el cual se tiene convenio vigente, tanto en materia específica de su formación médica como en materia pedagógica y académica en general.

### *Convenios docentes asistenciales*

El programa debe demostrar que posee campos de práctica propios o mediante convenios debidamente legalizados, con instituciones prestadoras de servicios de salud certificadas, que garanticen el desarrollo armónico del programa y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### *Infraestructura física*

Para el desarrollo del programa, la Institución de Educación Superior debe contar con una planta física adecuada, teniendo en cuenta el número de estudiantes, las actividades docentes, investigativas, de bienestar, administrativas y de proyección social.

## **Análisis comparado del surgimiento y evolución de la regulación de campos clínicos**

Teniendo en cuenta la normatividad vigente en los diferentes países analizados así como la efectividad de la misma para regular la selección y utilización de los campos clínicos se evalúa que existen diversos estadios de desarrollo en el proceso.

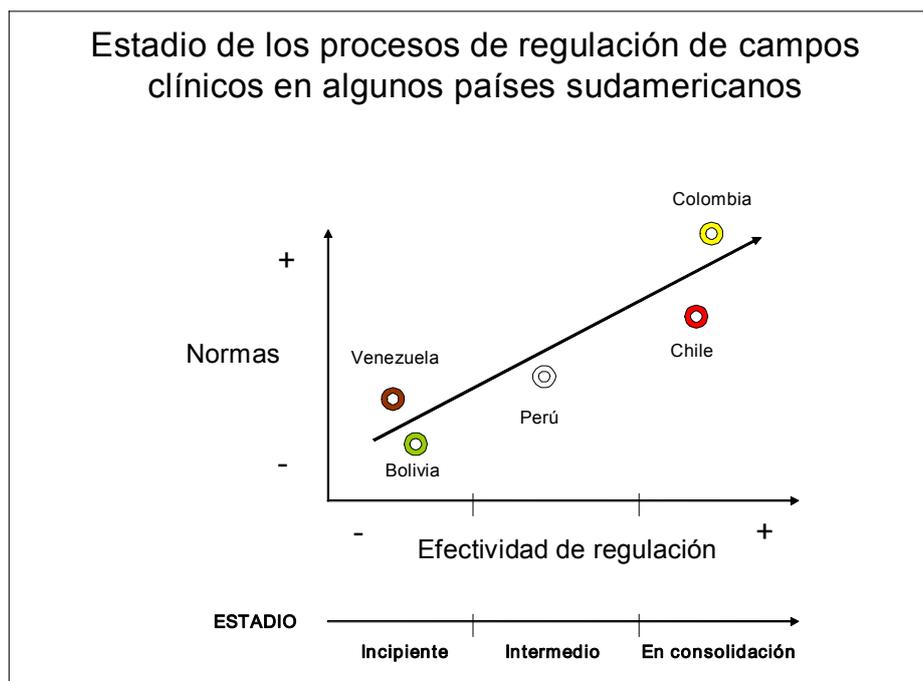
Identificamos un grupo de países en *estadio incipiente de regulación* caracterizados por una normatividad inexistente o en fase de propuesta y mecanismos de

“autorregulación” no explícitos que no arriban aún a una regulación precisa todavía. En este grupo se encuentran Bolivia y Venezuela.

Perú se ubica en un *estadio intermedio* y se caracteriza por una normatividad desarrollada y ampliándose, aunque con una efectividad de regulación todavía débil, con existencia de conflictos crecientes.

Otro grupo de países se encuentra en un *estadio en consolidación* que se caracteriza por una normatividad desarrollada, aunque complementándose, y una efectividad de la regulación importante, que ha logrado controlar los conflictos, por lo menos transitoriamente. En este grupo se encuentran Chile y Colombia.

Figura N°36. Estadio de los procesos de regulación de países sudamericanos



## Estadio de los procesos de regulación de campos clínicos en algunos países sudamericanos

ESTADIO DE PROCESOS REGULACIÓN	INCIPIENTE	INTERMEDIO	EN CONSOLIDACIÓN
NORMAS	No desarrolladas	Desarrollada y complementándose	Desarrollada y actualizándose
EFFECTIVIDAD DE REGULACIÓN	“Autoregulado” con inicio de conflictos	Regulado parcialmente. Conflictos instalados	Regulado parcialmente. Conflictos en resolución.
PAÍSES	Bolivia Venezuela	Perú	Chile Colombia

### Análisis comparado de los contenidos de la regulación de campos clínicos

Se evidencia en la experiencia chilena un conflicto grande entre ASOFAMECH, que impulsa mecanismos regulatorios, e instituciones educativas privadas que buscan flexibilizar o desregular con apoyo de ciertos organismos del Estado.

La experiencia venezolana no evidencia problemas de regulación, por la distribución y exclusividad de sus Facultades en los Estados, y por la existencia de una formación no tradicional en un subsistema bolivariano que utiliza como campos de práctica los consultorios de la Misión Barrio Adentro.

La experiencia de regulación boliviana aún no está institucionalizada, lo que probablemente tenga que acelerarse por el conflicto que viene surgiendo con las universidades privadas.

La experiencia colombiana está muy desarrollada y es parte de su experiencia general de acreditación (liderada por el CNA), que en muchos casos es modelo o requerido por otros países latinoamericanos para la acreditación de sus instituciones universitarias.

En el caso concreto de campos clínicos la acreditación ha permitido ordenar el proceso y avanzar en la articulación docencia - servicio con el proceso de reforma en salud.

La experiencia peruana es similar a la chilena, aunque con menos conflicto explícito con las universidades privadas y algo menos desarrollada, por lo menos en normatividad, que la experiencia colombiana.

Se observa en la experiencia peruana un buen desarrollo normativo aunque poca efectividad práctica, expresada en la denominada cohabitación de campos clínicos y la autonomía de establecimientos de salud para otorgar campos clínicos con la consiguiente sobrepoblación estudiantil.

A manera de síntesis, las variables a tener en cuenta para el análisis comparado son:

- a. Contexto de surgimiento o fortalecimiento de los procesos regulatorios;
- b. Atribuciones de los establecimientos de salud en el proceso educacional;
- c. Exigencias a las universidades;
- d. Instrumentos de dirimencia de discrepancias;
- e. Nivel de complejidad de los campos clínicos;
- f. Exclusividad en el uso de campos clínicos;
- g. Tipo de propiedad de las universidades y acceso a establecimientos públicos de salud;

**Tabla N°57. Análisis comparativo**

VARIABLE A COMPARAR	PAÍSES				
	Chile	Venezuela	Bolivia	Colombia	Perú
Contexto de surgimiento o fortalecimiento de los procesos regulatorios.	Aumento de Facultades y conflicto con universidades privadas.	Aumento de estudiantes en la capital y presencia de alumnos extranjeros.	Aún no se inicia formalmente.	Contexto general de calidad educativa y reforma de salud.	Aumento de Facultades y problemas operativos en algunos E.S. de la capital.
Atribuciones de los establecimientos de salud en proceso educacional.	Se propugna mayor ingerencia.	No atribuciones específicas.	No atribuciones específicas.	No atribuciones específicas.	No atribuciones específicas.
Exigencias a universidades.	Infraestructura y equipamiento.	No exigencias específicas.	No exigencias específicas.	No exigencias específicas.	Infraestructura y equipamiento.
Instrumentos de dirimencia de discrepancias.	No establecidos.	No establecidos.	No establecidos.	Agencias acreditadas.	No establecidos.
Nivel de complejidad de los campos clínicos.	Hospitales.	Hospitales y Centros ambulatorios urbanos y rurales.	Hospitales e incipientemente establecimientos de primer nivel.	Hospitales y establecimientos de primer nivel.	Hospitales e incipientemente establecimientos de primer nivel.
Exclusividad de uso de campos clínicos.	Existe pero se viene incumpliendo.	Existe.	Existe.	Existe.	No existe, se avanza con regionalización.
Tipo de propiedad de universidades y acceso a establecimientos públicos de salud.	Públicas.	Públicas y privadas.	Públicas formalmente ya vienen accediendo privadas.	Públicas y privadas.	Públicas y privadas.

## CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE ACREDITACION DE CAMPOS

Los procesos relacionados con la garantía de la calidad de la educación superior y en particular la educación médica vienen desarrollándose en nuestro país desde hace más de tres décadas (cuando se inicia la formación de especialistas de manera escolarizada y regulada), transitando por los procesos de autoevaluación y acreditación de las Facultades o Escuelas de Medicina (institucionalizada en 1999) hasta la actualidad en la que se ha promulgado la Ley que crea el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación (SINEACE). Estos procesos no han estado exentos de conflictos entre el Estado, las instituciones formadoras y los establecimientos de salud.

Si bien la Ley del SINEACE establece que los procesos de acreditación son voluntarios, resulta sin embargo importante destacar que a diferencia de los procesos internacionales, basados en la promoción de la cultura de calidad y los procesos voluntarios de acreditación a través de agencias acreditadoras, en el caso peruano se basó en una alianza entre las instituciones formadoras más prestigiadas y el Estado para hacer obligatorios procesos que voluntariamente no hubieran tenido ningún efecto, como es el caso de medicina, único proceso de acreditación realmente existente.

Precisamente es en el caso de la carrera de medicina, y sobre todo en Lima, que el tema de campos clínicos (selección y utilización) se empezó a hacer crítico debido a la creación indiscriminada de Facultades o Escuelas de Medicina que pasaron de 3 en la década del 60 a 28 en 1999 y a 29 en la actualidad; de éstas 8 funcionan en Lima.

Esta situación, que en parte originó la creación del Sistema Nacional de Pregrado en salud (SINAPRES), además generó la urgencia de regular la selección y uso de campos clínicos para lo cual el presente documento aporta una propuesta organizada en tres componentes: i) conceptual-metodológico, ii) normativo y de gestión y iii) técnico.

### 6.1 Componente conceptual metodológico.

#### 6.1.1 La calidad en la educación superior.

Calidad total en educación significa desarrollar un proceso en el que los estudiantes disfrutan del aprendizaje estando plenamente motivados para el desarrollo total de las destrezas y habilidades tal de implementar los cambios que conducen a la mejora continua<sup>63</sup>. La implementación de esta estrategia comprende cuatro fases, a saber: compromiso, educación - entrenamiento, aplicación y práctica, estandarización y reconocimiento.

---

<sup>63</sup> La aplicación del Total Quality Management en Educación. De la teoría a la práctica. © by Redes S.A. 1998, 1999, 2000.

La gestión de la calidad incluye la realización de un autoanálisis crítico y requiere un compromiso con la acción<sup>64</sup>. La gestión de la calidad no constituye una tarea fácil, pero los beneficios del proceso justifican la inversión. La gestión de la calidad ofrece a las universidades la oportunidad de mejorar su posición competitiva y establecer una cultura de colaboración.

La calidad de la educación es el valor que se le atribuye a un proceso o producto educativo. Para ello lo deseable al respecto, es la definición de calidad para cada caso específico, convirtiéndose dicha definición en norma o criterio de calidad. Este elemento se ha convertido en una exigencia de la sociedad actual, los factores específicos que contribuyen a la calidad de la educación incluyen compromisos, implican a muchos agentes, permiten conocer los resultados de las acciones formativas y obligan a la transparencia.

Cuenca, referido anteriormente, ha señalado algunos beneficios logrados por los sistemas de evaluación de la calidad universitaria, en particular en el postgrado, como son: creación de un “mercado” de calidad, revitalización de los valores y la introducción de procesos autoevaluativos, explicitar las dimensiones de la calidad, diferenciar funciones y papeles, dar nuevo sentido de dignidad a las actividades de enseñanza, mejorar la información para el público, mejorar la calidad de las instituciones, despolitizar y desburocratizar el proceso de distribución de recursos dentro y entre instituciones, traer más recursos a la educación superior, dar nuevas funciones a los Ministerios de Educación y nuevo sentido a autonomía universitaria.

### **6.1.2 La dinámica del aseguramiento de la calidad de la educación superior en América Latina.**

Una buena descripción de la dinámica del aseguramiento de la calidad de la educación superior en América Latina la aporta Claudio Rama<sup>65</sup>, para quién se ha transitado de mecanismos al interior de las universidades, pasando por la conformación de agencias acreditadas y luego a los sistemas de aseguramiento de la calidad.

Durante una parte importante del siglo XX, a partir de la reforma universitaria y el desarrollo de la carrera docente se aplicaron estándares de calidad relativamente importantes en las Universidades. Tales mecanismos al interior de las propias universidades parecieron ser útiles y eficaces hasta los sesenta cuando la violenta expansión de la matrícula desbordó a las universidades públicas y saturó sus aulas, y promovió, además de diversas modalidades de restricción al ingreso irrestricto, la creación de una amplia variedad de instituciones de educación superior públicas y privadas sin mecanismos idóneos de aseguramiento de la calidad de la educación impartida. La expansión de la demanda sin el acompañamiento financiero, afectó los niveles de calidad de las propias instituciones públicas, ya que sus mecanismos preexistentes fueron desbordados por la masificación.

---

<sup>64</sup> Elementos teóricos sobre calidad en postgrado. Gustavo Adolfo Muñoz Cuenca. Centro de Investigación en Educación de Calidad CEINEDUCA, Venezuela. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

<sup>65</sup> El complejo futuro de la evaluación universitaria. El desafío de pasar el paradigma de evaluar la fábrica educativa de pregrado a la educación individualizada del postgrado. Claudio Rama. Director del Instituto Internacional de la Unesco para la Educación Superior. (IESALC) Ponencia presentada en el “Seminario Internacional de Evaluación y Acreditación de las Instituciones de Educación a Distancia”, Santiago, República Dominicana, 23-25 de febrero 2006.

La crisis de la masificación y el predominio de mecanismos de mercado dio paso a la creación de agencias de evaluación y acreditación de la calidad, que significó el comienzo de la construcción de una nueva fisonomía universitaria entre la autonomía universitaria y la libertad de mercado, y constituyeron un paso en el proceso de construcción de una educación superior de calidad.

La discusión y formulación de marcos normativos de agencias de acreditación y evaluación marcó toda la región de América latina y el Caribe desde mediados de la década del 90 y para mediados de la primera década ya ese proceso del establecimiento de agencias, con mayor o menor intensidad ha concluido en casi todos los países de la región.

El nuevo contexto tiende a promover la nueva etapa de las agencias de acreditación como resultado de la globalización, de la revolución de saberes y de las nuevas tecnologías, así como de la evaluación de la propia dinámica de las propias agencias de acreditación. Son estas la que han sentado las bases institucionales para el pasaje de la mera existencia de agencias de evaluación a sistemas más complejos de aseguramiento de la calidad, que implica atender a la diversidad de los niveles educativos, los sectores sociales o las practicas pedagógicos, con modalidades mas específicas de instituciones, instrumentos, mecanismos y políticas.

Sin embargo, más allá de los debates en la medición de la calidad, crecientemente han comenzado a prevalecer nuevas orientaciones que permiten pensar que los sistemas de evaluación y acreditación están pasando de una etapa voluntaria en base a programas o instituciones, a una fase en la cual, directa o indirectamente, se incluyen elementos obligatorios en algunos de los múltiples escenarios de la evaluación.

## **6.2 Bases conceptuales para el subsistema de evaluación y acreditación de campos clínicos para formación de profesionales de salud en el Perú.**

### **6.2.1 Características de la Formación Clínica.**

La formación clínica, según la Asociación Médica Mundial, debe tener las siguientes características:

La parte clínica de la enseñanza médica debe estar centrada en el examen supervisado de pacientes y debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La parte clínica debe comprender el diagnóstico personal y la experiencia terapéutica con un aumento gradual al nivel de responsabilidades. Se debe mantener un equilibrio adecuado entre la base del paciente, los estudiantes en práctica y los profesores.

Antes de iniciar su práctica independiente, todo médico debe completar un programa de formación clínica supervisada. La experiencia clínica debe ir de atención primaria a atención terciaria en una variedad de contextos internos y ambulatorios, como hospitales universitarios, hospitales públicos y otros establecimientos de salud.

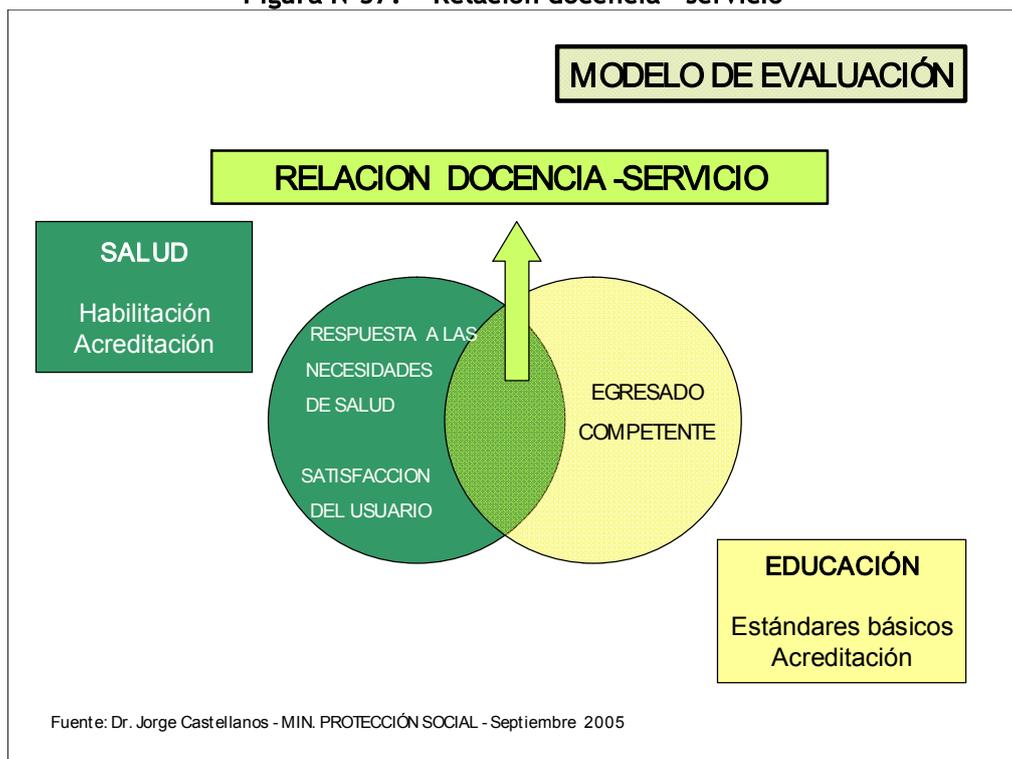
La facultad y las escuelas de medicina tienen la responsabilidad de asegurarse de que los estudiantes que reciben el primer diploma profesional hayan adquirido un conocimiento básico de la medicina clínica, la experiencia necesaria para evaluar los

problemas clínicos y poder tomar decisiones de manera independiente, y que tengan la actitud y la personalidad que son propios de un médico con ética.

### 6.2.2 Integralidad docencia - servicios.

Se asume el modelo de la experiencia colombiana que destaca el reconocimiento de la característica central de integralidad, inherente a la relación docencia servicio, la cual conforma la base política y conceptual de la ecuación “formación-trabajo-empleo”, para el sistema de servicios de salud. Esta concepción supera y actualiza el tradicional dualismo “docente-asistencial” de los servicios de salud del país.

Figura N°37. Relación docencia - servicio



Esto implica una importante responsabilidad de los establecimientos de salud, los cuáles en conjunto deben habilitarse y acreditarse y establecer límites para el uso de sus campos clínicos.

### 6.2.3 Acreditación de la educación médica

Se conceptúa acreditación como el proceso técnico destinado a asegurar y promover la calidad de los programas de estudios de las distintas carreras que imparten las instituciones de educación superior mediante la aplicación de mecanismos de autoevaluación y verificación externa. En este proceso participan académicos de las propias instituciones como externos a ellas, aplicando criterios y procedimientos objetivos y públicos.

Los establecimientos según el rol asistencial que tengan, deben tener un número de camas, de pacientes ambulatorios, de exámenes de laboratorio y tecnologías especializadas que permitan a los estudiantes cumplir adecuadamente los programas

docentes. Además sería óptimo que los establecimientos contaran con biblioteca, salas de conferencias o seminarios, áreas de estudio, residencia para estudiantes, etc., cuya forma de desarrollo debe ser convenida por las instituciones que participan de la relación docente asistencial.

El Estado tiene la responsabilidad que el profesional de la salud tenga un adecuado nivel de preparación para brindar una atención de calidad en su esfera de acción. Por ello, se debe cautelar que los campos clínicos cumplan con las normas de acreditación, para que los Servicios de Salud autoricen su uso por los Centros Formadores. Estos, a su vez, deben velar porque los programas de formación generen el nivel de competencia profesional que el cumplimiento de la política de salud requiere.

## **6.3 Componente Normativo y de gestión.**

### **6.3.1 Base Legal.**

Los dispositivos legales que sustentan la evaluación y acreditación de campos clínicos son los siguientes:

- a. DS N° 021-2005-SA (20.10.05): Sistema Nacional de Articulación Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud.

Establece coordinar y regular las actividades de docencia en servicio e investigación en los servicios de salud con respeto a la dignidad de las personas y a los derechos de los pacientes.

Define campo clínico como: espacio de prestación de atención de salud individual en una sede docente, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de pregrado. Lo diferencia del campo sociosanitario para salud comunitaria.

Crea el Comité Nacional de Pregrado en Salud (CONAPRES) y los Consejos regionales (COREPRES).

Precisa como función del CONAPRES establecer normas, estándares y procedimientos para la evaluación y acreditación de sedes docentes. Establecer los criterios para la determinación del número de campos clínicos y sociosanitarios de acuerdo a las necesidades del país, así como las capacidades de los establecimientos de salud.

- b. RS N° 032-2005-SA (30.11.05): Bases para Convenios de Cooperación Docente Asistencial MINSA, GR y Ues.

Convenios tienen como finalidad articular las estrategias de atención de salud con los programas de docencia, investigación y proyección social, para que la formación de profesionales responda a las necesidades de la comunidad.

Establece suscripción de convenios marco MINSA, GR y U, los que requieren opinión favorable del IDREH.

Para los Convenios específicos en cada sede docente se conformará una Comisión de Coordinación del Convenio.

Se establece máximo de duración de jornada docente (20 horas) y que clases teóricas deben programarse fuera de jornada asistencial

- c. RM N° 945-2005/MINSA (09.12.05): Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial MINSA, GRs y Ues.

Establece como objetivos: orientar el proceso de docencia - servicio, contribuir a la mejor formación de profesionales en establecimientos del MINSA, ampliar cobertura en la prestación de servicios, promover investigación, mejorar la calidad de los servicios.

Se adecuará a los ámbitos geográfico - sanitarios conforme a lo establecido por CONAPRES, CONAREME y CSECS.

Vigencia 4 años, renovable de común acuerdo.

- d. Ley N° 28740 (19.05.06): Sistema nacional de evaluación, acreditación y certificación de la calidad de la educación superior.

Crea Consejo de evaluación, acreditación y certificación de la calidad de la educación universitaria (CONEAU) y establece en su disposición transitoria 8 que CAFME debe transferir el archivo documentario e informar de los procesos en marcha, los que serán asumidos por CONEAU.

- e. RM N° 600-2006/MINSA (28.06.06): Reglamento de Organización y Funcionamiento del Comité Nacional de Pregrado en Salud.

Crea comisiones permanentes de: Planificación, Ética y Deontología, Monitoreo, Supervisión y Evaluación, Acreditación de Sedes Docentes.

Establece la organización de Subcomités de Sedes Docentes, diferenciando Sedes Docente Base (una universidad) y Sede Docente para más de una universidad.

El subcomité programa, supervisa y evalúa: competencias a desarrollarse, objetivos, número de alumnos, actividades, delimitación de utilización de ambientes físicos, equipos e instrumental, relación de profesores, responsabilidades y contribución de las Universidades.

### 6.3.2 La gestión del proceso

El Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU) conduce el proceso y constituye, sobre la base de CAFME actual (ampliada a todas las profesiones de salud), un órgano de línea encargado de la evaluación y acreditación de profesiones de salud y como parte de éste proceso, la acreditación de campos clínicos. La certificación continúa a cargo de los colegios profesionales de salud.

El Comité Nacional del Pregrado en Salud (CONAPRES) y el Comité Nacional de Residencia Médica (CONAREME) y el Comité de Postgrado de otras profesiones de Salud (por crearse) se constituyen como órganos consultivos del CONEAU.

El Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior No Universitaria (CONEACES), constituye un órgano de línea encargado de la evaluación, acreditación y certificación de la formación técnica en salud.

## **6.4 Componente técnico.**

### **6.4.1 Áreas, Variables y Estándares de acreditación.**

Las áreas y variables de acreditación son:

#### **Área de gestión**

- Aspectos normativos de la integración docente asistencial
- Gestión de campos clínicos de formación profesional

#### **Área académica**

- Labor docente en campos clínicos de formación profesional
- Labor estudiantil en campos clínicos de formación profesional

#### **Área institucional**

- Recursos disponibles en campos clínicos de formación profesional

ÁREA DE GESTIÓN	ESTÁNDAR	INDICADOR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
Variable 1: Aspectos normativos de la integración docente asistencial.	E1: Compromisos entre establecimientos de salud e instituciones formadoras para uso de campos clínicos están clara y formalmente establecidos.	In.1.1: Convenio vigente.	Existe original del documento tanto en el establecimiento como en la institución formadora y cuenta con todas las firmas correspondientes.
	E2: Normatividad vigente para selección y uso de campos clínicos es conocida por responsables académicos establecimientos de salud e instituciones formadoras.	In.2.1. Nivel de conocimiento de normatividad por parte de responsables académicos.	Cada responsable académico tiene por lo menos 80% de respuestas correctas en encuesta de conocimientos sobre normatividad vigente.

ÁREA DE GESTIÓN	ESTÁNDAR	INDICADOR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
Variable 2: Gestión de campos clínicos de formación profesional.	E3: Institución formadora desarrolla y ejecuta planificación curricular.	In.3.1. Plan de estudios correspondiente a formación en campos clínicos aprobados y en ejecución.	Documentos con planes de estudios visados por autoridades universitarias.
	E4: Institución formadora cuenta y aplica criterios de selección y utilización de campos clínicos para formación en salud.	In.4.1. Criterios de selección de campos clínicos utilizados.	Documentos con criterios de selección visados por autoridades universitarias. Informes de selección de campos clínicos visados por autoridades universitarias.
		In.4.2. Criterios de utilización de campos clínicos utilizados.	Documentos con criterios de utilización visados por autoridades universitarias. Informes de utilización de campos clínicos visados por autoridades universitarias.
	E5: Institución formadora evalúa conjuntamente con establecimiento de salud selección y utilización de campos clínicos.	In.5.1. Reuniones periódicas entre responsables académicos de instituciones formadoras y de establecimientos de salud.	Informes de por lo menos dos reuniones periódicas durante el ciclo académico, visados por autoridades universitarias.
	E6: Institución formadora evalúa y toma en cuenta opinión de docentes y estudiantes sobre selección y utilización de campos clínicos.	In.6.1. Opinión de docentes sobre selección y uso de campos clínicos.	Resultados de encuestas de opinión anual a docentes visados por autoridades universitarias. Informes de medidas tomadas en base a resultados, visados por autoridades universitarias.
		In.6.2. Opinión de estudiantes sobre selección y uso de campos clínicos.	Resultados de encuestas de opinión anuales a estudiantes visados por autoridades universitarias. Informes de medidas tomadas en base a resultados, visados por autoridades universitarias.

ÁREA ACADÉMICA	ESTÁNDAR	INDICADOR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
Variable 3: Labor docente en campos clínicos de formación profesional.	E7: Campo clínico dispone de personal docente en número y calidad suficiente para formación profesional.	In.7.1. Razón de docentes por alumno para formación profesional.	Mínimo 1 docente cada 5 alumnos.
		In.7.2. Docentes competentes para formación profesional.	Mínimo 90% de docentes son médicos especialistas recertificados.
	E8: Labor docente se desarrolla dentro de lo programado en sílabos.	In.8.1. Dedicación docente a la enseñanza.	Docentes tienen carga horaria de 20 horas o menos y no interfiere con labor asistencial, verificada en registros de instituciones formadoras y establecimientos de salud.
		In.8.2. Cumplimiento de programa del sílabo.	Registro de actividades docentes coincide con programado en sílabo durante el ciclo.

ÁREA ACADÉMICA	ESTÁNDAR	INDICADOR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
Variable 4: Labor estudiantil en campos clínicos de formación profesional.	E9: Estudiantes cumplen lo programado en los silabos.	In.9.1. Asistencia de estudiantes a prácticas clínicas.	Mínimo 80% de asistencia de estudiantes durante el ciclo verificada en el registro.
		In.9.2. Número de historias clínicas elaboradas.	Mínimo 20 historias clínicas elaboradas durante ciclo por cada estudiante.
	E10: Estudiantes cumplen normas de protección para asistir a prácticas clínicas.	In.10.1. Porcentaje de estudiantes que usan mandil.	100 % de estudiantes.
		In.10.2. Porcentaje de estudiantes que usan guantes, mascarillas u otros accesorios cuando se requieren.	100 % de estudiantes.
	E11: Estudiantes cumplen medidas preventivas para asistir a prácticas clínicas.	In.11.1. Porcentaje de estudiantes con control de TBC.	100 % de estudiantes debidamente registrados.
		In.11.2. Porcentaje de estudiantes vacunados contra hepatitis B.	100 % de estudiantes debidamente registrados.
		In.11.3. Porcentaje de estudiantes con control de salud mental.	100 % de estudiantes debidamente registrados.

ÁREA INSTITUCIONAL	ESTÁNDAR	INDICADOR	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
Variable 5: Recursos disponibles en campos clínicos de formación profesional.	E12: Campo clínico reúne número suficiente de pacientes para formación profesional.	In.12.1. Número de camas.	Mínimo 5 por alumno.
		In.12.2. Porcentaje promedio de ocupación mensual.	Mínimo 80 %.
		In.12.3. Porcentaje promedio de rotación mensual.	Mínimo 50 %.
	E13: Campo clínico dispone de recursos de aprendizaje para formación profesional.	In.13.1. Centro de documentación o biblioteca disponible.	Mínimo 1.
		In.13.2. Acceso a Internet.	Mínimo 12 horas diarias.
		In.13.3. Número de aulas con equipos audiovisuales disponibles.	Mínimo 1.
		In.13.4. Número de carpetas disponibles por alumnos en aulas.	Mínimo 1 por alumno.
	E14: Campo clínico es de uso exclusivo para formación de profesionales de salud de una misma universidad.	In.14.1. Número de carreras de una misma universidad en campo clínico.	Máximo 3 carreras de una misma universidad.

## 6.4.2 Tipificación de estándares e indicadores y escala de evaluación.

Los indicadores se tipifican como obligatorios y recomendables de acuerdo al siguiente detalle:

Estándar	Indicador	Tipificación
E1	In.1.1.	Obligatorio
E2	In.2.1.	Recomendable
E3	In.3.1.	Obligatorio
E4	In.4.1.	Obligatorio
	In.4.2.	Obligatorio
E5	In.5.1.	Obligatorio
E6	In.6.1.	Recomendable
	In.6.2.	Recomendable
E7	In.7.1.	Obligatorio
	In.7.2.	Obligatorio
E8	In.8.1.	Obligatorio
	In.8.2.	Obligatorio
E9	In.9.1.	Obligatorio
	In.9.2.	Obligatorio
E10	In.10.1.	Obligatorio
	In.10.2.	Obligatorio
E11	In.11.1.	Obligatorio
	In.11.2.	Obligatorio
	In.11.3.	Recomendable
E12	In.12.1.	Obligatorio
	In.12.2.	Obligatorio
	In.12.3.	Recomendable
E13	In.13.1.	Obligatorio
	In.13.2.	Recomendable
	In.13.3.	Obligatorio
	In.13.4.	Recomendable
E14	In.14.1.	Obligatorio
<b>Total indicadores obligatorios</b>		<b>20</b>
<b>Total indicadores recomendables</b>		<b>07</b>
<b>Total indicadores</b>		<b>27</b>

La escala de evaluación es la siguiente:

Evaluación	Nº Indicadores obligatorios	Nº Indicadores Recomendables
Acredita (5 años)	20	01 en cada área
Acredita parcialmente (1 año)	16	01 en cada área
No acredita	15 o menos	No aplica

## **6.5 Mecanismos de implementación.**

### **6.5.1 Procedimiento de acreditación de campos clínicos.**

En base y en concordancia con los procedimientos seguidos para la acreditación de Facultades de Medicina, la acreditación de campos clínicos debe seguir el siguiente procedimiento.

Para efecto del presente procedimiento se entiende por campo clínico a todos los ambientes utilizados por una Facultad o Escuela dentro de un mismo establecimiento de salud (Hospital, Centro o Puesto de Salud).

#### **a. La Facultad o Escuela solicita la Acreditación**

Las Facultades o Escuelas de Medicina deberán solicitar la acreditación de campos clínicos, para lo cual deben presentar los siguientes documentos:

- Oficio dirigido al organismo acreditador.
- Informe de autoevaluación firmado por el Decano de la Facultad o el Director de la Escuela.

La Facultad o Escuela que solicita la acreditación de campos clínicos asumirá las siguientes responsabilidades:

- Poner a disposición del equipo de verificación los documentos que ayuden a la evaluación de los estándares.
- Tomar todas las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad de directivos, profesores, estudiantes y personal administrativo con quienes el equipo de verificación desee entrevistarse.
- Permitir al equipo de verificación desplazarse libremente por todos los ambientes del campo clínico correspondiente.

#### **b. Evaluación del cumplimiento de estándares**

##### **b.1. Conformación del Equipo de Verificación**

Se designará un equipo de verificación compuesto por docentes universitarios del área clínica, en las carreras que correspondan a esos campos clínicos.

En un plazo máximo de tres (03) días posteriores a la designación del equipo de verificación, se comunicará a la Facultad o Escuela el nombre de los integrantes del Equipo de Verificación.

##### **b.2. Visita Técnica de Verificación a los campos clínicos**

El equipo de verificación procederá a revisar el Informe de Autoevaluación.

El equipo de verificación elaborará el programa de actividades de la visita técnica.

La Facultad o Escuela asumirá los costos que demande la visita técnica de acuerdo al tarifario que se establezca.

Se programará la visita técnica de verificación, cuando la Facultad o Escuela remita el comprobante del pago realizado.

El equipo técnico cumplirá con el programa de actividades en la fecha aprobada.

### **b.3. Presentación del Informe de Evaluación elaborado por el equipo de verificación**

En un plazo máximo de diez (10) días útiles posterior al fin de la visita técnica, el equipo de verificación presentará el Informe de Evaluación que incluirá:

- Informe y conclusiones de la Visita Técnica.
- Conclusiones del proceso de verificación.
- Recomendaciones, si fuere el caso.

### **c. Dictamen sobre acreditación de campos clínicos**

El organismo acreditador revisará el Informe de Evaluación. De ser necesario, podrá solicitar al Equipo de Verificación, que intervino en el proceso, las aclaraciones pertinentes.

El organismo acreditador elaborará el dictamen correspondiente, el cual incluirá, si las hubiere, las opiniones discrepantes de sus miembros y su fundamentación.

El organismo acreditador otorgará o denegará el certificado de acreditación a los campos clínicos, y enviará una copia del Informe de la Evaluación a la Facultad o Escuela.

La Facultad o Escuela que no obtenga la Acreditación, deberá iniciar un proceso de adecuación supervisado por el organismo acreditador. Mientras dure este proceso se suspenderá la utilización del campo clínico no acreditado.

La Facultad o Escuela puede volver a solicitar la acreditación del campo clínico cuando haya concluido el proceso de adecuación.

# CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## Conclusiones.

1. Existe un enorme desequilibrio entre la oferta y la demanda de campos de práctica. La primera es casi fija y la segunda en constante incremento. Miles de estudiantes al año se presentan para hacer sus prácticas de pregrado y postgrado. De acuerdo con los datos recogidos el sistema de sedes docentes del Perú no está en capacidad de soportar esta enorme ocupación de practicantes, menos aún si ésta es desordenada, como actualmente sucede. Esto explica, en gran parte, la dinámica de los campos clínicos, fruto de un patrón de utilización que sobre-explotación de los recursos hospitalarios que se encuentra muy por encima de las tasas compatibles con un buen proceso enseñanza - aprendizaje y un proceso formativo acorde con una atención de calidad.
2. Se han encontrado distintos niveles de cohabitación, los cuáles inciden en el nivel de conflictividad existente y en la articulación entre sedes docentes y facultades. La información recogida en campo muestra que altos niveles de cohabitación ocasionan sobreuso de la capacidad instalada de las sedes docentes, alta asignación de alumnos por docente así como problemas en la calidad del servicio brindado a los usuarios finales. Asimismo, se ha observado una escasa inversión por parte de las universidades que emplean los espacios de enseñanza de las sedes docentes. También se ha podido observar que todas las variables de los campos clínicos funcionan bien cuando hay una sola universidad por hospital, como en el caso del Hospital Cayetano Heredia.
3. Asimismo, la información recogida muestra procesos de gestión de campos clínicos todavía débiles, que en la mayoría de casos no se rigen por estándares, normas y criterios explícitos y refrendados formalmente por disposiciones institucionales. Los convenios no son instrumentos de gestión aún. Existe programación anual pero no seguimiento ni evaluación de los campos. Las Oficinas de Docencia funcionan voluntariosamente, pero requieren ser fortalecidas. La asignación de vacantes para las universidades todavía se rige por referentes históricos y criterios personales. Existen bibliotecas, pero en la mayoría de casos desactualizadas. La implementación de computadoras con Internet para uso de estudiantes y docentes se ha extendido últimamente, pero siguen siendo insuficientes. Esta forma de abordar los problemas inviabiliza una visión estratégica y racional en el desarrollo del proceso de articulación generando en el mediano y largo plazo un caldo de cultivo para la emergencia de conflictos, al no existir reglas claras al respecto.

En este sentido la normativa aprobada en el marco del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES), brinda un excelente punto de partida para revertir este escenario de desregulación e informalidad. En tal sentido, debemos mencionar que aun cuando existen convenios específicos vigentes, la gran mayoría de ellos no ha sido adecuada a la nueva normativa del SINAPRES.

4. Por otro lado, existe amplia asimetría entre las sedes en cuanto a infraestructura y equipamiento disponible para la docencia, lo cual es un determinante de niveles de preparación asimétricos entre las universidades e inclusive entre los alumnos de una misma universidad en el caso de realizarse prácticas en distintas sedes docentes.

A pesar de que en todos los casos existen ambientes dedicados como aulas docentes, así como equipamiento multimedia (generalmente provisto por las facultades de ciencias de la salud), la dotación y calidad de cada uno de estos no tiene un estándar mínimo de acuerdo al número de alumnos o aulas con las que cuentan cada sede. Por ejemplo, una debilidad central verificada en prácticamente todos los hospitales es la debilidad de las bibliotecas, desprovistas de textos actualizados, recursos de información en línea y personal calificado; inclusive, en los hospitales que cuentan con acceso a Internet en los servicios no se dispone de acceso a recursos de información en salud, salvo algunos casos en los que se utiliza el HINARI.

5. Se ha podido constatar la existencia y funcionamiento de Oficinas de Apoyo a la Docencia e Investigación en todos los hospitales visitados. Sin embargo, un común denominador en prácticamente todas es la ausencia de una visión estratégica del campo de los recursos humanos y de la articulación docencia - servicio.

En esta línea se ubica la ausencia de monitoreo y supervisión sobre las facultades de enfermería y obstetricia, labores que son asumidas fundamentalmente por los departamentos correspondientes, verificándose en la mayoría de los casos que las Oficinas de Apoyo a la Docencia e Investigación asumen el monitoreo y supervisión de los programas de internado y residentado médico.

6. En donde más se expresa la desarticulación entre la formación y el servicio es en el caso de los Institutos Superiores Tecnológicos, pues con ellos no existe una regulación precisa del proceso de articulación, desde el punto normativo, lo que lleva a disímiles formas de relación.
7. Un hecho resaltante, que se desprende de la encuesta a pacientes y del cuestionario a informantes clave, es que a pesar de que los resultados del cuestionario a informantes clave demuestran niveles considerados como aceptables en el cumplimiento de algunos estándares de acreditación de CAFME -como el hecho de que el estudiante se presente ante el paciente o le pida permiso para poder examinarlo- los pacientes afirmaron que no se cumplieron, ni siquiera en niveles considerados como medios, lo cual muestra una ruptura en lo que se percibe que es, lo que realmente es y lo que debe de ser.

## Recomendaciones.

1. Se ha observado, a lo largo de este documento, la existencia de una crisis de gobernabilidad entre el mundo del trabajo y el de la formación. El ritmo de crecimiento independiente de la oferta educativa de salud frente a la demanda estática de los servicios de salud, es el que ocasiona este problema. De esta manera, el incremento constante del número de egresados ejerce una presión constante sobre los servicios de salud lo cual ha devenido en el sistema de cohabitación en los campos de práctica y el consecuente conflicto entre instituciones universitarias y sedes educativas que compiten por los espacios de práctica de los hospitales estudiados. Este contexto de ingobernabilidad encuentra su base en los precarios niveles de regulación de los campos clínicos, por lo cual es necesario restaurarla fortaleciendo la institucionalidad siguiendo ejemplos como los de Chile y Colombia en el campo del fortalecimiento de la regulación y normatividad de los campos de práctica.
2. En cuanto a la presión sobre la demanda de campos de práctica es importante mencionar el papel de los Institutos Técnicos. Los datos mostrados revelan un incremento continuo y sobre dimensionado de los egresados en carreras técnicas lo cuáles ejercen una fuerte presión sobre la demanda requerida por las sedes docentes. Es necesario poner en la agenda del Ministerio de Educación este problema, para tomar decisiones que permitan una adecuada relación entre oferta y demanda laboral en este nivel. El tema de las filiales de los institutos técnicos y universidades es importante en esta línea.
3. A lo largo de la historia de la regulación de los campos de práctica se han observado distintos esfuerzos - encaminados desde el Estado por un lado y de la Sociedad Civil por otro - para generar mecanismos de fortalecimiento de la institucionalidad, normatividad y reglamentación de los campos de práctica y de la relación docencia - educación. Sin embargo, los esfuerzos no han llegado a buen puerto. En este sentido, es necesario que las iniciativas de regulación de los campos de práctica se den de manera coordinada entre Estado y Sociedad Civil, de donde han provenido propuestas sólidas así como disposición para implementar y fortalecer la institucionalidad de la regulación.
4. En el nivel más operativo de las prácticas preprofesionales de salud, es necesario transparentar las relaciones, convenios, acuerdos y beneficios devenidos de las relaciones entre las instituciones universitarias y las sedes docentes. Se ha observado a la largo de este documento la existencia de cohabitación de universidades en las sedes de práctica y el continuo intercambio informal de prebendas y beneficios entre éstas últimas y las sedes docentes, el hacer transparentes estos intercambios ayudará a la mejora de las condiciones y acuerdos formales que benefician no sólo a una parte de la cadena transaccional sino a todos por igual: universidades, hospitales, docentes y alumnos.
5. De igual manera, es necesaria la existencia de un área a nivel de los hospitales que concentre, planifique y desarrolle las estrategias docentes en mejora de la calidad del servicio a los usuarios finales. Si bien, estas áreas existen en los hospitales estudiados, es necesario generar mecanismos para el fortalecimiento de su institucionalidad.

6. Es importante lograr la acreditación de establecimientos de salud dirigidos a la docencia, teniendo en claro distintos requisitos mínimos a ser cumplidos para poder configurarse como sedes docentes. En la línea de los esfuerzos por normar los campos de práctica este documento presenta una propuesta de estandarización y acreditación de los mismos.
7. Por otro lado, la informalidad acontecida en las sedes docentes con respecto a los servicios brindados a los usuarios finales (pacientes) ha ocasionado un alto nivel de insatisfacción en los mismos. En este sentido es necesaria la generación de incentivos frente a la informalidad, el derecho de los pacientes y la vigencia del código de ética son temas que no deben dejarse de lado en la relación alumno - paciente o docente - paciente. La creación de una defensoría del paciente es importante para dar los primeros pasos en este sentido. De la misma manera, el apoyo de la sociedad para el ejercicio de control social y defensa de los derechos de los pacientes cobra vital importancia en el proceso de regulación e institucionalización de las normas para los campos de práctica.
8. La propuesta de implementación de espacios docentes sin cohabitación de instituciones educativas, las cuáles se encuentren designadas por limitación geográfica, configura una mejor relación entre universidades y sedes docentes, propiciándose espacios para la inversión así como el trade off entre las mismas. De esta manera se generan espacios de cogobierno en el cual las universidades asumen los espacios de práctica como suyos generando beneficios que permitan mejoras del bien público en favor de los usuarios finales.
9. Por otro lado, para la implementación de la propuesta de regulación es necesario, también, el desarrollo de mecanismos de sanción y penalidad en los casos de incumplimiento de las normas, a nivel de las sedes docentes, pero con mayor énfasis a nivel de las instituciones universitarias.
10. Finalmente, esta investigación ha generado hallazgos importantes que no se agotan con lo mostrado en este documento, sino más bien, dan inicio a diversas temáticas referidas a la regulación de los campos práctica y la implementación de la regulación propuesta.

## BIBLIOGRAFÍA

Ángel D, Labrador M, Ledezma D & Paredes T. Informe Final, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Arias L, Cubides H, Ruiz M & Vasquez M. Latinoamérica: Gestionando Recursos Humanos en Salud para un Nuevo Siglo - *El Caso Colombia*. Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Arroyo, Juan. Gobernabilidad con desempeño y desarrollo humano. Informe País sobre Recursos Humanos a la Reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud, Toronto, octubre del 2005.

Arroyo, Juan. Informe al país: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y Desempeño con Desarrollo Humano. 1a. edición, Lima: Ministerio de Salud- IDREH, 2005.

Arroyo, Juan. Salud: La reforma silenciosa. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000.

Asociación Colombiana de Facultades de medicina (ascofame) - Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (icfes). Especialidades médico-quirúrgicas en medicina: diagnóstico, resultados de talleres y estándares de calidad. República de Colombia - Ministerio de Educación Nacional. Disponible en <http://www.ascofame.org.co/inicio/downloads/Programasespecialidades.pdf>, consultado el 12-01-07, 19:32 h.

Asociación de Facultades de Medicina. Plan Estratégico 2005-2010 de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), aprobado el 23 de abril de 2005 por la Asamblea General de ASPEFAM.

Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Colegio Médico del Perú. Seminario de Evaluación del Residentado Médico “Daniel A. Carrión”, 15-18 de setiembre de 1985. Lima: ASPEFAM,; 1985.

Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Colegio Médico del Perú. Seminario de Evaluación del Residentado Médico “Daniel A. Carrión”; 1985, Set 15-18; Lima, Perú. Lima: ASPEFAM; 1985.

Bermejo, Rogelio. La planificación de la salud en el Perú. En: OPS-Perú, Cien años de cooperación al Peru 1902-2002, Lima, OPS, 2002, pp. 215-231.

Bernasconi A. y Fernando Rojas (2005). Informe de la Educación Superior en Chile: 1980 - 2003.

Borrell, María Rosa. La Formación de postgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos. 1ra edición, Buenos Aires: OPS/OMS, 2004.

Braslavsky C & Cosse G. Las actuales reformas educativas en América Latina: cuatro actores, tres lógicas y ocho tensiones, en Fajardo M & Puryear JM (editores), Formas y Reformas de la Educación en América Latina, 1ª Ed. Santiago, LOM Ediciones, PREAL, 2003.

Bustíos, Carlos. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Consejo Superior de Investigaciones. 2 t, 1998.

Bustíos, Carlos. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.

Carlos Quirós S. Presentación de las necesidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con referencia a los programas de enseñanza médica. En: 2º Seminario de APFM. Lima; 1965. Mimeografiado.

Castellanos, Jorge. Ministerio de Protección Social de Colombia, septiembre 2005. Referido por Dr. Diego Giraldo Samper en Experiencia de Colombia en los Campos clínicos de la enseñanza médica. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

Cid P & Sanhuesa O. Acreditación de campos clínicos de enfermería, Rev Cubana Enfermer 2006;22(4), disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf10406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf10406.htm), consultado el 12-01-07. 19:38 h

Colegio Médico del Perú. Reglamento de Especialización Profesional. Lima: CMP, 1970, p. 3.

Comisión de Recaudación del Cronograma de Internado de ASPEFAM. Informe Final de la Comisión de Readequación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú, 2001.

Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima, marzo de 2002.

Consejo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Protección Social Colombia y OPS (Programa de Apoyo a la Reforma en Salud). Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio. Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Colombia, Marzo 2004.

Donoso Infante, Alberto. Actividades docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Hospital Centro de Salud Docente del Rímac: Informe, 2da. parte. Lima: UPCH; 1971, p.7

El concepto de “revolución de capacidades” es de Eduardo Viola, "Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças internacionais e a redefinição do horizonte da democracia", en: Gerschman, Silvia & Werneck Vianna, Maria Lucia, A Miragem da Pos-Modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalizacão, Editora FIOCRUZ, 2a. Imprensa, 2004, Río de Janeiro, Brasil.

Enriquez Lorca, Octavio (Presidente ASOFAMECH). Relación Docente - Asistencial. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

EsSALUD. Boletín Anual 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

EsSALUD. Memoria Institucional 2004, Informe Gerencial de Estadística Institucional.

ET & T C.A. Caracterización del Recurso Humano en Salud en Venezuela, citado en Angel D, Labrador M, Ledezma D & Paredes T. Informe Final, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Fundación Instituto Oswaldo Cruz. Anuario estadístico de Consejo de Rectores, 2005, citado en Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Fundación Instituto Oswaldo Cruz. Datos de la Asociación Chilena de Escuelas de Enfermería, citados en Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Fundación Instituto Oswaldo Cruz. Datos del Ministerio de Salud de Chile - 2006, citado por Fuentes L, Moreno JL, Soto P, Vera A, Recurso Humano en Salud en Chile y Factores Asociados, Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Fundación Instituto Oswaldo Cruz. Registro de prestadores de servicios de Salud, Dirección General de Calidad de Servicios, Ministerio de la Protección Social 2004, citado en Arias L, Cubides H, Ruiz M & Vasquez M. Latinoamérica: Gestionando Recursos Humanos en Salud para un Nuevo Siglo - *El Caso Colombia*. Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), Fundación Instituto Oswaldo Cruz, Brasil 2007.

Giraldo Saper, Diego. Director de Evaluación ASCOFAME). Relación Docente - Asistencial. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

GOIC G, Alejandro. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev. méd. Chile*. [online]. feb. 2003, vol.131, no.2 [citado 31 Enero 2007], p.209-212. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000200012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000200012&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.

Hall, Tom. Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud. Cuernavaca, FUNSALUD-UPCH, 2001.

Hirschman, Albert. Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Massachusetts, Cambridge, Harvard University Press, 1970.

IDREH. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud - Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano. Ministerio de Salud - IDREH - Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. 1ª Ed., 2005, Serie de Recursos Humanos en Salud N° 1.

II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud, mayo de 1999. También: OPS, Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Pública: Factor crítico de la Reforma del Sector Salud. Antigua, Guatemala, julio 2004.

INEN. Acerca del INEN: Historia, Parte 1. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas, 11 mayo 2005

Lastres, Juan. Historia de la Medicina Peruana. Tomo III, La República. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1951.

Lipietz, A. New tendencies in the international division of labour: regimes of accumulation and modes of regulation. En: A. Scott y M. Storper, eds., Production, work, territory: the geographical anatomy of industrial capitalism. Londres, 1986.

Ministerio de Educación del Perú, Unidad de Estadística Educativa. Cifras de la Educación 1998-2003. Lima: MINEDU, mayo de 2004.

Ministerio de educación. Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica. Informe General. Resultados Definitivos. Lima: 2000.

Ministerio de Educación. Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica. Informe General. Resultados Definitivos. Lima: MINSA, 2000.

Ministerio de Salud e IDREH. Formación y regulación de los Recursos Humanos en Salud, 1ra edición. Lima: MINSA, 2005.

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Lima: MINSA-OPS, 2004.

MINSA. Diagnóstico Físico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Lima, MINSA, julio 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004.

Paz Soldán, Carlos. Las relaciones del Estado con el médico en el Perú. La Reforma Médica, N° 340, diciembre de 1940.

Piscoya, José L. XXV Aniversario del Sistema Nacional de Residencia Médica. En: Seminario Internacional 25° Aniversario del Sistema Nacional de Residencia Médica. Lima, 26 y 27 de Setiembre de 2001. Lima: CONAREME; 2002, p. 25.

[Programa de Formación de Pregrado en Medicina Integral, Universidad Bolivariana de Venezuela, disponible en \[http://www.ubv.edu.ve/index.php?option=com\\\_content&task=view&id=25&Itemid=61\]\(http://www.ubv.edu.ve/index.php?option=com\_content&task=view&id=25&Itemid=61\), consultado el 26-12-06, 20:35 h.](http://www.ubv.edu.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=61)

Rama C. La Tercera Reforma de la Educación Superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización. Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe 2000-2005, IESALC - UNESCO, 2006.

Rama, Claudio. El complejo futuro de la evaluación universitaria. El desafío de pasar el paradigma de evaluar la fábrica educativa de pregrado a la educación individualizada del postgrado. Claudio Rama. Director del Instituto Internacional de la Unesco para la Educación Superior. (IESALC) Ponencia presentada en el "Seminario Internacional de Evaluación y Acreditación de las Instituciones de Educación a Distancia", Santiago, República Dominicana, 23-25 de febrero 2006.

Redes S.A. La aplicación del Total Quality Management en Educación. De la teoría a la práctica. © by Redes S.A. 1998, 1999, 2000.

[República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección de Análisis y Políticas de Recursos Humanos. Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Colombia, 2004, disponible en <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14546DocumentNo1426.PDF>, consultado el 10-01-06, 16:35 h](http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14546DocumentNo1426.PDF)

Resolución Suprema N° 241/65/DGS, Reglamento del Residentado Médico Hospitalario.

Revista Iberoamericana de Educación. Elementos teóricos sobre calidad en postgrado. Gustavo Adolfo Muñoz Cuenca. Centro de Investigación en Educación de Calidad CEINEDUCA, Venezuela. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Ricse, Carlos. Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. IDREH-OPS, 2000.

Román Oscar (Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional Docente-Asistencial). Regulación de la asignación y uso de los campos clínicos de los servicios de salud. Propuesta de Política Nacional. 19 de Marzo de 2001.

Rubín de Celis Enrique, Rogelio Bermejo y Manuel Sotelo. Aportes para un Modelo de Atención. Lima: Ministerio de Salud-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, 1994.

Schawartzman S. América Latina: Las respuestas nacionales a los desafíos mundiales. En Altbach PG, Peterson PM. Educación Superior en el Siglo XXI. Desafío Global y respuesta nacional. 1ª Ed, Ed. Biblos Educación y Sociedad, Buenos Aires, 2000.

Vallejo, Nilo. Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en el Perú. En: OPS-Perú, Cien años de cooperación al Perú 1902-2002, Lima, OPS, 2002, pp. 317-344.

Zambrana Ávila, Guido. Planificación de campos clínicos en la enseñanza médica. III Reunión Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina, Lima, 2006.

## ANEXOS

11. Lista de verificación
12. Entrevista a informantes claves
13. Encuesta a pacientes
14. Lista de verificación aplicada