

**Editorial**

Sistema nacional de residencias médicas: una tarea pendiente

Luis Carlos Ortiz Monsalve*Director Proyectos especiales**Asociación Colombiana de Facultades de**Medicina (Ascofame)**Bogotá, D.C., Colombia**lortiz@ascofame.org.co*DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2798>**How to cite:**

Ortiz-Monsalve LC. Sistema nacional de residencias médicas: una tarea pendiente.

Rev. salud. bosque. 2019;9(2):1-3.

DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2798>.

La expedición de la Ley 1917 de 2018, por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones, generó grandes expectativas con relación al mejoramiento de las condiciones de formación de los residentes y la superación de las dificultades históricas que ha enfrentado la formación de médicos especialistas en nuestro país. Esta ley tiene origen legislativo y su propósito inicial era establecer la forma de vinculación, remuneración y las condiciones financieras de matrícula de los residentes.

Es un tema de la mayor importancia. La evolución de los sistemas de salud y de la medicina está marcada por el crecimiento exponencial del conocimiento y de las tecnologías y por el empoderamiento de los pacientes. Esto genera la necesidad cada vez mayor de médicos que profundicen y se especialicen en áreas específicas del conocimiento para poner esos avances al servicio de la salud de la población. Es de anotar que en gran parte de países de Europa y Norteamérica se exige como requisito para ejercer la medicina que el profesional haya cursado una especialización médica.

Esta Ley también tiene un impacto significativo en más de 5.300 médicos que de manera permanente están cursando alguna especialización médico-quirúrgica, así como en las Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrecen los 545 programas autorizados en Colombia y las 400 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) donde se realizan las prácticas formativas.

La Ley 1917 de 2018 introdujo un avance importante al crear la figura especial de residente, distinta a la de estudiante y de trabajador: son médicos "con autorización vigente para ejercer su profesión en Colombia... que cursan especializaciones médico quirúrgicas en programas académicos... [que] podrán ejercer plenamente las competencias propias de la profesión o especialización para las cuales estén previamente autorizados, así como aquellas asociadas a la delegación progresiva de responsabilidades que corresponda a su nivel de formación" (art. 4).

Esta definición deja sin fundamento los argumentos que desconocían la legitimidad de la participación del residente, dada su condición de estudiante, en los servicios de salud o solo la relacionaban con mayores costos, afectaciones a la calidad en la prestación de servicios y una causa de glosas a las facturas de las IPS. Los pacientes tendrán ahora la confianza de que los atiende un médico, no un mero estudiante, y habrá más claridad en los temas de responsabilidad médica de los equipos de salud.

La citada ley también dio un paso adelante al definir la obligatoriedad de remunerar a los residentes, con tres salarios mínimos mensuales, a través del contrato especial de práctica formativa (art. 5), y al establecer las fuentes para financiar la remuneración de los residentes de primeras especializaciones (art. 8). Este es un avance clave para superar las limitaciones de cobertura del programa de becas crédito creado en la Ley 100 de 1993.

Queda por conocer cómo se va a financiar el pago de los cerca de 500 residentes de segundas y terceras especializaciones, así como sus posibles efectos sobre la oferta de estos programas, y si habrá garantías frente a eventuales demoras o incumplimientos en el flujo de los recursos para pagar oportunamente a los residentes, de tal forma que no se afecte la normalidad de los procesos académicos y asistenciales.

Ahora bien, ¿cuál es el alcance de Ley 1917 de 2018 frente a la reducción del valor de las matrículas de los programas de residencia? La norma contiene dos disposiciones que pueden incidir en este propósito.

La primera es la prohibición del cobro en dinero de las contraprestaciones que piden las IPS por la rotación de los residentes en sus servicios (art. 12). Sin duda es una medida con buen propósito, pero deja abierta la posibilidad de negociar contraprestaciones en especies, sin establecer límites en los montos cobrados ni orientaciones para su destinación a los procesos docentes, por lo cual es poco probable que termine reduciendo el valor de las matrículas.

La otra disposición busca limitar el valor de la matrícula de los programas de residencia a los costos administrativos y operativos en que incurran la IES para su desarrollo (art. 12). Sin entrar a discutir si esta disposición afecta o no la autonomía universitaria, su aplicación tampoco garantiza la reducción del valor de las matrículas, hasta tanto no se haga claridad sobre los costos reales de cada programa. Incluso se ha planteado que, en algunos programas, ese valor podría ser superior si no se racionaliza el cobro de las contraprestaciones o por efecto de los costos para su acreditación en alta calidad.

La vigilancia de esta disposición le corresponde al Ministerio de Educación Nacional y a la Supersalud (art. 12), pero aún no hay claridad sobre la definición de los costos ni cuáles serán los instrumentos para su control y verificación. Esta situación ya ha complejizado y ralentizado la negociación de convenios docencia servicio entre IES e IPS, ante la duda de si las contraprestaciones en especies que se acuerden serán aceptadas como parte de los costos para fijar el valor de las matrículas.

Así las cosas, los efectos de estas dos medidas dependerán en gran medida de su reglamentación y de los principios que orienten la negociación de los convenios docencia servicio entre las IPS y la IES. La racionalidad en la definición de costos, beneficios y responsabilidades en la formación de residentes es un compromiso social y ético que debería reflejarse en el valor de las matrículas, sin desconocer que las IPS y las IES tienen responsabilidades con la productividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad de sus actividades misionales.

El balance final de la ley en este apartado se medirá según la proporción de la remuneración del contrato especial que el residente tendrá que destinar al pago de su matrícula.

De otro lado, parte de los problemas de la educación médica en el país se explican porque las normas y los instrumentos del sistema de educación superior no "entienden" los procesos formativos que ocurren en las instituciones asistenciales, las relaciones que se generan entre éstas y las IES, ni las condiciones de los estudiantes, internos y residentes que se forman en los servicios hospitalarios.

Lo anterior ha derivado en la expedición de disposiciones complementarias desde el sector salud que plantean grandes desafíos para la articulación de políticas, estrategias y acciones intersectoriales.

Hoy, los requisitos para la aprobación de los programas de residencia médica hacen parte de las normas del sistema de educación superior (Ley 1188 de 2008 y Decreto 1295 de 2010) mientras que el desarrollo de la relación docencia servicio (Ley 1164 de 2007 y Decreto 2376 de 2010), los escenarios de práctica, los hospitales universitarios (Leyes 1164 de 2007 y 1438 de 2011) y las becas crédito (Ley 100 de 1993) hacen parte de normas del sistema de salud. Además, los requisitos de acceso a los programas de residencia y el valor de las matrículas son definidos de manera autónoma por cada IES.

Los espacios de coordinación intersectorial que se han creado hasta hoy, como la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud y el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, han mostrado acciones plausibles, pero no constituyen soluciones de fondo a los problemas estructurales de articulación de los sectores salud y educación.

Por lo antes expuesto, se requiere la creación de un sistema nacional de residencias médicas que conjugue todos estos elementos en una unidad normativa y esté bajo la dirección de una entidad que comprenda las especificidades de la formación médica especializada.

Crear este sistema implica hacer ajustes complejos, como modificar la Ley 30 de 1992, y dar a la academia un rol protagónico en su orientación y gestión, mediante su participación en los organismos decisores o bajo la figura de delegación de funciones públicas, que en todo caso seguirían siendo supervisadas por el estado. En parte, estas propuestas están delineadas en las recomendaciones de la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia que se puede consultar en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>.

La Ley 1917 de 2018 estableció que su objeto era la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas, pero su articulado no tiene ese alcance. No se observan disposiciones orientadas a superar la fragmentación normativa e institucional actual ni propuestas para conciliar la formulación de políticas públicas con la autonomía universitaria. Este hecho explica en gran medida la incertidumbre sobre la aplicación de la ley y sus efectos, en instituciones que están sometidas a marcos normativos distintos en materia laboral, contractual, presupuestal y administrativa.

Capítulo aparte merece lo relacionado con la suficiencia y distribución regional de los médicos especialistas. En principio, la Ley 1917 de 2018 no fue concebida con este propósito; sin embargo, al plantearse un objetivo tan ambicioso, como la creación del sistema nacional de residencias médicas, cabe revisar en qué medida contribuye con ese objetivo. La distribución regional de los médicos especialistas, y del talento humano de cualquier área del conocimiento, obedece a temas estructurales de carácter social, económico y cultural que exceden el presente análisis.

Se estima que el país cuenta con cerca de 27.500 médicos especialistas, concentrados en los grandes centros urbanos de la zona central del país, mientras que importantes grupos de población de algunas regiones, áreas rurales y alejadas no tienen acceso adecuado a la atención especializada.

Esta situación es consistente con la distribución geográfica de la oferta de formación: 95% de los residentes se forman en Bogotá, Medellín, Barrquilla, Cali, Cartagena y Bucaramanga, mientras que ciudades de

importancia regional como Cúcuta, Pasto y Villavicencio no cuentan con programas de residencias médicas, a pesar de tener la infraestructura hospitalaria y las condiciones básicas para ello.

La ley define que el gobierno podrá establecer incentivos diferenciales para los residentes que cursen programas de especialización prioritarios para el país (art. 5, par 2) y deberá hacer un diagnóstico sobre necesidades de médicos especializados como insumo para una política que fomente su formación (art. 15). Pero no hay disposiciones que faciliten, por ejemplo, la articulación del acceso a los programas de residencia, con el ejercicio médico en regiones desatendidas antes, durante o con posterioridad a la realización de la especialización.

De otro lado, cada año se ofrecen cerca de 1.800 cupos para ingresar a estos programas, cifra insuficiente para las expectativas de los más de 5.500 nuevos médicos que anualmente se gradúan en el país. Aunque algunos tienen la posibilidad de salir del país para continuar su formación, la mayoría se quedan como médicos generales en un sistema de salud que no les permite un ejercicio resolutivo que conlleve a un mejor reconocimiento social y económico.

Es cierto que el aumento de la oferta de programas y cupos de residencia médica depende de la iniciativa de las IES y de la disponibilidad de escenarios de práctica. Sin embargo, se requieren señales claras del gobierno frente a las necesidades y prioridades en la formación médica especializada, por regiones y áreas de especialización, la concreción de incentivos económicos y no económicos, vinculados a la calidad, para IES, IPS y residentes, así como la racionalización de los trámites para la apertura de programas y cupos.

En este contexto, es de gran importancia fortalecer la medicina familiar como una estrategia que permitirá, no solo avanzar en el desarrollo del modelo de atención integral territorial, sino convertirse en una alternativa atractiva para que una parte importante de médicos continúen su formación de posgrado.

En síntesis, la expedición de la Ley 1917 de 2018 constituye un gran avance en la protección y mejoramiento de las condiciones de los médicos residentes, cuyo alcance dependerá de la forma como el gobierno oriente su implementación y las IPS e IES asuman sus responsabilidades, pero deja aún pendiente la tarea histórica de consolidar un sistema nacional de residencias médicas.

Este sistema, deberá diseñarse para ser dirigido por un organismo que entienda las particularidades de la educación médica especializada y conduzca con acierto los procesos educativos y asistenciales, privilegiando la acción autónoma de las instituciones comprometidas con la calidad. Deberá incluir estrategias para el acceso equitativo a las residencias médicas, con soluciones concretas a las necesidades y condiciones de las regiones desatendidas del país.

Finalmente, el sistema deberá fortalecer la confianza de la sociedad en los residentes y especialistas, y de estos hacia las instituciones de salud y educación donde se forman y ejercen su profesión.

Nota: mediante el Decreto ley 2106, expedido el 22 de noviembre de 2019, se modificó el artículo 5 de la Ley 1917 de 2018. Se eliminaron las expresiones "remuneración" y "remunerado" relacionadas con el sostenimiento educativo que se reconoce a los residentes. Habría que hacer un análisis jurídico sobre las implicaciones de este ajuste, pero en principio no cambia el sentido de lo expresado en este escrito.