Proyecto de Ley N° 5722/2023-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
AREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
16 AGO. 2023
RECIBIDO
Firma: ____ Hora: 2:22pm

PROYECTO DE LEY PARA ESTABLECER LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS COMO POLITICA DE ESTADO E INCLUIRLA COMO POLITICA PUBLICA DEL ACUERDO NACIONAL

Los Congresistas miembros del Grupo Parlamentario PODEMOS PERÚ, a iniciativa del **Congresista CARLOS ZEBALLOS MADARIAGA,** y demás Congresistas firmantes, al amparo de lo dispuesto en el artículo 107° de la Constitución Política y conforme lo establece el numeral 2) del artículo 76o del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente:

FORMULA LEGAL:

PROYECTO DE LEY PARA ESTABLECER LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS COMO POLITICA DEL ESTADO E INCLUIRLA COMO POLITICA PÚBLICA DEL ACUERDO NACIONAL.

Artículo 1°.- Objeto de la Ley.

La presente ley tiene como objeto establecer como Política de Estado la Gestión de Recursos Humanos e incluirla como Política Pública del Acuerdo Nacional en el numeral 36, Capítulo IV sobre Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado. El título que debe aparecer es de Gestión de Recursos Humanos del Estado y el contenido debe ser redactado por el Secretario Técnico y aprobado por el pleno del Acuerdo Nacional.

Artículo 2°. Gestión de Recursos Humanos en el Estado.

La política de Estado de Gestión de Recursos Humanos debe ser definida por la Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Trabajo Y Promoción del Empleo, Ministerio de Economía y Finanzas, la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR y el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN, aprobando un programa en que aparezcan los funcionarios y servidores públicos de cada entidad del Estado que sean suficientes para cumplir sus funciones de manera eficiente a nivel nacional. Para dichos efectos la Presidencia de Consejo de Ministros solicitará a los gobiernos regionales y locales la información necesaria para la elaboración del programa.

Artículo 3°.- Consejo Nacional de Gestión de Recursos Humanos del Estado.

La Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Economía y Finanzas, la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR y el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN, constituirán el Consejo Nacional de Gestión de Recursos Humanos, el mismo que será presidido por la Presidencia del Consejo de Ministros y elaborará el programa de gestión de recursos humanos y los requerimientos de profesionales, técnicos, personal auxiliar u otros que sean necesarios para que el Estado cumpla los servicios a favor de la nación. Dicho requerimiento fundamentalmente debe efectuarse en los sectores de salud, educación, producción, agrario, industrial y otros esenciales para el país.

El Consejo funcionará mediante sesiones que se convoquen por quien presida, siendo Secretario Técnico el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. El Consejo Nacional de Gestión de Recursos Humanos tiene duración indeterminada y sesionará en cualquier momento que se requiera, a fin de que el Estado cumpla sus funciones.

Artículo 4°.- Programa de Gestión de Recursos Humanos del Estado.

El Consejo Nacional de Gestión de Recursos Humanos del Estado elaborará el programa de gestión de recursos humanos del Estado en el plazo de 180 días calendarios bajo responsabilidad, el mismo que debe aprobarse en el Consejo de Ministros y será vinculante para cada entidad del Estado a fin de que se preste los servicios estatales de manera oportuna y eficiente.

Artículo 5°.- Implementación del Programa Nacional de Gestión de Recursos Humanos.

La implementación aprobada por el Consejo Nacional de la Gestión de Recursos Humanos del Estado, debe efectuarse en el plazo de 2 años con los recursos que se designe a cada entidad o se fije especialmente para dichos efectos en las leyes de Presupuesto Público.

Artículo 6°.- Reglamentación.

El reglamento de la presente ley se dictará el Ministerio de Trabajo y Promoción

del Empleo, en el plazo improrrogable de 60 días calendarios, bajo responsabilidad.

Lima, agosto del 2023.

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
CARLOS JAVIER ZEBALLOS MADARIAGA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: JUAREZ CALLE Heidy Lisbeth FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 13:28:10-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEBALLOS MADARIAGA Carlos Javier FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 11:58:56-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PAREDES CASTRO Francis Jhasmina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 12:02:02-0600

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PICON QUEDO Luis Raul FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 12:40:15-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEBALLOS MADARIAGA Carlos Javier FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 12:23:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CALLE LOBATON Digna FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 12:36:26-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ALCARRAZ AGUERO Yorel Kira FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/08/2023 13:44:28-0500

I. EXPOSICION DE MOTIVOS.

Por medio de la presente iniciativa legislativa se trata de hacer más eficiente el servicio de salud en el país, el mismo que atraviesa deficiencias no solo en infraestructura, sino también en la atención que se presta en los establecimientos o centros de salud públicos que funcionan a nivel nacional. Por tal razón se requiere dictar las medidas legales respectivas para mejorar este servicio que tiene impacto sobre la vida y la salud de los millones peruanos, sobre todo, de los sectores menos pudientes económicamente y más alejados del territorio nacional.

En este sentido, se propone disponer que el servicio de salud en los establecimientos públicos en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta los miles de ciudadanos que requieren diariamente una consulta médica o intervención quirúrgica, se deben desarrollar en tres horarios, en atención matutina, vespertina y nocturna y en entre las 7 horas a 21 horas; incluidos los días sábados y domingos cuando haya necesidad del servicio.

El personal de salud debe ser beneficiado con los pagos de horas extras que correspondan, conforme lo establece las normas laborales nacional e internacionales. Esto permitirá que el servicio de salud debe prestarse a la población de manera oportuna, no se agraven los pacientes por falta de medicación o se proceda a las operaciones o intervenciones para conseguir el bienestar de los pacientes y no estén en riesgo su vida o su salud.

> "En el libro **La calidad de la atención médica**, Avedís Donabedian, reconocido especialista en la mejora de la calidad asistencial, asegura que el tiempo que espera un paciente para recibir atención es una de las variables más importantes para analizar la calidad de atención de un centro de salud. Un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción entre los pacientes". Dicho especialista es don Esteban Pacheco Aráoz, quien desarrolla actividad en salud pública. El mencionado especialista refiere lo siguiente: "El tiempo de espera es un elemento que depende, en gran medida, de la administración y organización del centro de salud y no tanto de la atención directa del médico. En general, existen dos formas de programar un servicio: el modelo de colas y el modelo de reserva de citas. Estas mismas modalidades son implementadas en el sector Salud".

"La primera consiste en informar al enfermo que el doctor atiende a una hora determinada y que recibirá a los que se inscriban a esa cita por orden de llegada. La segunda forma consiste en que al paciente se le fija una cita con horario, por lo que deberá llegar con algunos minutos de anticipación. Esta segunda modalidad hace que el tiempo de espera de los pacientes sea mucho menor y que el uso del mobiliario sea más eficiente. La atención médica que recibe el paciente es la misma en ambas opciones. Lo único que cambia es el modo en que el paciente recibe la cita y el tiempo que debe sacrificar".

"En la actualidad, en el Perú el 85% de centros de salud pertenece al Estado y, según una investigación del Centro de Desarrollo Educativo Integral (Cendeit), la gran mayoría de ellos organiza su servicio de atención por orden de llegada. Esto implica que, por un tema organizacional, cientos de pacientes tienen que esperar innecesariamente para ser atendidos".

"Existen múltiples razones por las que este modelo es tan empleado: desde el temor a que los pacientes no lleguen a tiempo a sus citas hasta el riesgo de que simplemente no acudan al centro de salud. Pero hay otros motivos. Existe una norma según la cual los médicos trabajan seis horas al día, de las cuales cuatro son de atención a pacientes y dos se dedican a otras labores asistenciales y administrativas. Al mismo tiempo, una directiva del Ministerio de Salud recomienda atender a los pacientes en 20 minutos, por lo que cada médico recibiría a 12 personas por día".

"Aquí, sin embargo, se detecta un problema de costumbres: muchos médicos prefieren tener a los 12 pacientes a su disposición y atenderlos más rápido. De ese modo, cumplen con atender a todos con rapidez, pero generan incomodidad en los pacientes, que se ven obligados a esperar por varias horas".

"Si bien se están planteando medidas para solucionar problemas como este en el sector Salud, los cambios todavía son marginales. Se necesita el impulso de la opinión pública, del Congreso y de las asociaciones de pacientes para acelerar una reforma a fondo[1]".

[1] Artículo del especialista en salud pública Esteban Pacheco Araoz, de fecha 27 de marzo del 2018, publicado en el diario El Peruano.

En ese sentido, la propuesta que se hace es absolutamente viable porque las normas existentes a la fecha, tanto legales como administrativas son totalmente insuficientes para resolver el tiempo de espera para las atenciones de los pacientes en los establecimientos públicos de salud.

En cuanto a la situación de la carencia de médicos especialistas se ha desarrollado diferentes estudios que han determinado que en la especialización de los médicos existen una serie de aspectos que deben considerarse. Anteriormente para obtener la especialización un profesional, debía llevarse a cabo una investigación en una rama de la medicina, posteriormente se cambió las normas dejando de lado la investigación y se ha optado por otras modalidades, como por ejemplo en desarrollar servicios de residentado médico con algún maestro o médico especialista y finalmente se ha establecido que para la especialización debe presentarse un trabajo, el mismo que difiere de una tesis de investigación.

Estos cambios, según los estudiosos no han permitido una adecuada formación de especialistas; sin embargo, consideramos que tampoco han promovido el número suficiente de médicos con especialidad para que el país cuente, no solo en las grandes ciudades, sino también en las provincias, con médicos con estudios en las diferentes ramas de la medicina, por lo menos en las principales como son gastroenterología, geriatría, ginecología, cardiología, traumatología, dermatología, neurología, oncología, etc.

Por esta razón, se ha considerado que el mismo Estado debería intervenir en la especialidad de los médicos, a través de determinados programas que en convenio con las universidades consigan culminen su formación un mayor número de profesionales para cumplan funciones y por tanto presten servicios en las provincias que carecen de un servicio completo a favor de los pacientes en el Ministerio de Salud y en Essalud.

El Estado, conforme a la Constitución, artículo 9, es quien facilita el acceso equitativo los servicios de salud; sin embargo, este derecho de los ciudadanos no se plasma en la realidad porque una persona que adolece de alguna enfermedad que debe ser tratada por médico especialista, no lo puede hacer por cuanto en provincias no existen suficientes profesionales para cumplir con un servicio de salud que responda a los requerimientos de salud de los pacientes. Para que el ciudadano sea atendido por médico especialista debe trasladarse fuera de su región o a la capital de la república para conseguir la consulta médica

o la intervención quirúrgica con el añadido que deberá conseguir primero la cita correspondiente.

Estas circunstancias ocasionan egresos económicos a los pacientes y al mismo Estado. Sin embargo, esto no es todo, sino que en los hospitales que cuentan con profesionales especialistas, el servicio se encuentra con exceso de trabajo y con consultas e intervenciones pendientes que se programan para meses después, lo cual perjudica la salud de los ciudadanos porque las enfermedades al no estar tratadas se agravan y ponen en riesgo la vida de los pacientes. Esto igualmente ocasiona más gastos al Estado en los tratamientos médicos, análisis y hospitalizaciones, sino también ocasiona perjuicios a los pacientes.

Sobre este particular, se han efectuado numerosos estudios de profesionales que analizan las normas dictadas y el resultado de las medidas que se han dispuesto para lograr la especialización de profesionales médicos, los cuales concluyen que existen problemas no resueltos sobre este importante aspecto de la salud pública.

En efecto, se ha llevado a cabo un análisis en la Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública, edición abril a junio del 2016, sobre la normativa de la titulación en el residentado médico en el Perú: Sus problemas y perspectivas, cuyos autores son Rubén Valle y Alberto Perales quienes refieren lo siguiente:

> "El programa de segunda especialidad profesional en Medicina Humana, denominado residentado médico, permite a los médicos cirujanos capacitarse en una especialidad y obtener el título de especialistas para su ejercicio profesional. La institución nacional responsable de la dirección de este programa es el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) creada por Decreto Supremo (DS) 055-75-SA en el año 1976 y, posteriormente, normada por el DS 008-88-SA, Resolución Suprema (RS) 002-2006-SA y DS 010-2011-SA [(1)]. CONAREME trabaja en coordinación con instituciones del sector salud, instituciones representativas y universidades con facultades de Medicina en el Sistema Nacional del Residentado Médico (SINAREME) [(2)].
>
> Su objetivo es formar médicos especialistas de alta calidad científica y humanística, capaces de responder a las necesidades prioritarias de salud de la población mediante la estrecha interrelación de sus componentes [(2)].

Hasta antes de mayo de 2015, el CONAREME regulaba la titulación de los médicos residentes en base al cumplimiento del artículo 28 del reglamento del sistema nacional del residentado médico (RS 002-2006-SA) [3]. Según esta norma, para obtener el título de especialista, los médicos residentes debían aprobar los cursos lectivos de la especialidad y presentar a la universidad un trabajo de investigación.

En ese sentido, los residentes debían preparar un proyecto de investigación, conducirlo y presentarlo a la universidad para su aprobación. Hasta donde hemos podido indagar, no se ha publicado ningún estudio que haya evaluado el desarrollo de estos trabajos en todo el programa del residentado médico.

Solo una universidad peruana, que cuenta con una alta producción científica y con mecanismos de gestión de investigación bien establecidos, ha analizado el desarrollo de estos trabajos dentro de su programa, encontrando que el 64% de residentes tenían su proyecto de investigación aprobado por la universidad, y el 32,7% concluyó el trabajo de investigación [4]. Estos resultados no pueden ser generalizados a todo el residentado médico; sin embargo, muestran que hay un grupo de médicos residentes que no concluye su trabajo de investigación.

El incumplimiento del trabajo de investigación podría estar relacionado a la baja participación en investigación de los médicos durante el programa de residentado médico. Algunos estudios basados en muestras no probabilísticas encuentran que la mayoría de médicos residentes reporta no haber participado en investigación durante el residentado.

Por ejemplo, en una encuesta aplicada a residentes de Medicina Interna de tres hospitales de Lima, el 80% indicó que nunca había participado en investigación y 45% consideró como insuficiente la investigación en su sede [5]. Otro estudio realizado en egresados y residentes de los dos últimos años de la residencia de nefrología, encontró que el 67,5% nunca había participado en investigación, y entre aquellos que desarrollaron algún trabajo, ninguno lo llegó a publicar [6].

Una serie de barreras se han reconocido para el desarrollo de la investigación durante el residentado, como son el escaso número de tutores calificados [4,7], ausencia o poco financiamiento de proyectos de

investigación [4], y la alta carga laboral en el residentado médico [8]. Sin embargo, a pesar de estas dificultades, también se pueden observar trabajos de médicos residentes que son financiados por instituciones, publicados en revistas científicas, y difundidos en congresos. La baja participación en investigación, y específicamente la no ejecución del trabajo de investigación, ocasionó que muchos egresados del residentado médico no se hayan titulado y se encuentre ejerciendo la especialidad sin la debida certificación [4].

NUEVA NORMATIVA SOBRE LA TITULACIÓN EN EL RESIDENTADO MÉDICO

A partir del 2013, la formación y regulación de la titulación de médicos especialistas adquirió mayor importancia debido a la implementación de la Reforma de Salud. La Reforma viene realizando una serie de cambios en el aseguramiento, equipamiento y mejoramiento de la infraestructura de los establecimientos de salud [9]. Sin embargo, una limitante para el cumplimiento de sus objetivos, es el déficit de médicos especialistas que existe en el Perú, el cual se calcula es del 45%[10].

Ante este escenario, las instituciones encargadas de la formación de médicos especialistas determinaron incrementar las vacantes al residentado médico en las últimas convocatorias de admisión [11]. Asimismo, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), en diciembre de 2013, dictó la norma de titulación de médicos especialistas por modalidad de evaluación de competencias.

Mediante esta norma, los médicos egresados del programa de residentado médico que no se habían titulado, y que se encontraban ejerciendo la especialidad, podían titularse al acreditar experiencia en un servicio especializado por el tiempo de 3 años [12]. En ese sentido, la primera medida buscó aumentar el número de especialistas en el Perú, mientras que la segunda, regular la práctica de la medicina especializada.

Estas normativas, aunque bien orientadas, dejaban la posibilidad de formar un alto número de médicos especialistas, pero sin la debida titulación. Es decir, si los nuevos médicos residentes no cumplían con el requisito de ejecutar el trabajo de investigación se volvía al escenario de tener un alto número de egresados de especialidades no titulados. En este contexto, la

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (MINSA) sustentó la necesidad de realizar cambios al Reglamento del SINAREME [13].

Las modificaciones se realizaron en base al numeral 45.3 del artículo 45 (Obtención de grados y títulos) de la Ley Universitaria 30220, y tuvo como objetivo adecuar la normativa del residentado médico a los desafíos de la Reforma de Salud [13,14]. Es así que el 11 de mayo de 2015 se publica en el "Diario Oficial El Peruano" la RS 017-2015-SA por la cual se realizan cambios al Reglamento Nacional del Residentado Médico (RS 002-2006-SA) [13].

La nueva normativa establece que para obtener el título de especialista en medicina ya no es necesaria la presentación de una tesis o trabajo académico (Artículo 28), pero sí realizar un proyecto de trabajo en el área de la especialidad, que debe ser presentado al concluir el segundo año de estudios (Artículo 27). Adicionalmente, permite que los médicos egresados del residentado médico que no cuenten con el título de especialistas puedan acogerse a la norma hasta un plazo máximo de 3 años (disposición complementaria transitoria) [13].

En base a esta nueva normativa, el proyecto de trabajo en el área de la especialidad reemplaza a la tesis o trabajo académico, y será el nuevo requisito de titulación del residentado médico. Los médicos que se encuentren realizando el residentado deberán presentar su proyecto al concluir el segundo año de la residencia.

Por otro lado, los médicos que egresaron del residentado médico, pero que no se titularon, deberán realizar los trámites necesarios de su titulación de haber cumplido con el requisito del proyecto de investigación.

IMPLICANCIAS DE LA NUEVA NORMATIVA DE TITULACIÓN DEL RESIDENTADO MÉDICO

El residentado médico abarca el periodo de capacitación del médico cirujano en una especialidad de la medicina. En sus inicios, la especialización se desarrollaba de forma no escolarizada y consistía en que el médico en formación trabajaba al lado de un "maestro" por un tiempo indefinido y sin un orden establecido en el entorno hospitalario de la

especialidad [15]. Posteriormente, este sistema migró a la práctica escolarizada de la Medicina con la creación del residentado médico [1]. Desde su creación institucional, este programa ha tenido una serie de cambios que se han ido realizando con la finalidad de adaptar sus objetivos a las necesidades del sistema de salud y de fortalecer el programa a beneficio de la formación de los médicos especialistas. El más reciente cambio hecho al residentado médico es la derogación del trabajo de investigación como requisito para la titulación de especialista, restando de esta forma aspectos del campo de la investigación que eran considerados dentro del programa [13].

La conducción de investigación durante el residentado médico ha mostrado tener beneficios, y oportunidades académicas para los médicos residentes (Tabla 1). Los residentes de los programas de Estados Unidos y Canadá reportan que realizar investigación durante el residentado trae como beneficios conocer un tema en profundidad, desarrollar habilidades analíticas (Ejm: estadística) [8] e incrementar la satisfacción con la especialidad de entrenamiento [16]. Sin embargo, estos beneficios no son tangibles hasta que el residente se encuentra sumergido en el trabajo [8].

Agregado a ello, al finalizar los trabajos de investigación, se abren oportunidades de participar en conferencias científicas y de involucrarse en redes de investigación [8], así como aumentar las probabilidades de obtener becas para estudios de posgrado más avanzados [17]. El desarrollo de investigación permite el aprendizaje de habilidades que de otra manera no se hubieran aprendido y que son de utilidad para el manejo clínico de pacientes tales como: búsqueda bibliográfica, análisis crítico, y el enfoque de medicina basada en la evidencia [18]. Finalmente, los residentes de Medicina que logran terminar sus trabajos de investigación describen la experiencia como una actividad que vale la pena realizar y terminan opinando que dicho trabajo debe ser un requerimiento del residentado médico [19].

Tabla 1. Beneficios del desarrollo de investigación durante el residentado médico

Beneficios
Alienta a un mejor manejo clínico de pacientes, fundamentado en la medicina basada en evidencia.
Desarrollo de habilidades de apreciación crítica de los resultados de investigación.
Contribuye al continuo crecimiento de la especialidad médica.
Mejora la satisfacción del residente con su especialidad.
Provee habilidades para un pensamiento crítico y de aprendizaje permanente.
Desarrollo de un conocimiento profundo sobre un tema de la especialidad.
Ofrece una perspectiva más amplia sobre los desafíos en el avance de la especialidad.
Genera satisfacción al haber contribuido en el avance de la especialidad.
Incrementa el número de investigadores clínicos.
Prestigio científico para el residente y para la institución patrocinadora.

A pesar de los potenciales beneficios que otorga el desarrollo de investigación, no todos están de acuerdo en que deba ser un requisito de los programas de residentado. Por ejemplo, en un estudio que encuestó a los residentes de ginecología y obstetricia en Canadá, se encontró que el 61% participaba en investigación solo porque era un requisito del programa [20]. Otro estudio, encontró que tanto residentes y profesores de un programa de residentado de psiquiatría en Estados Unidos consideraron a la investigación importante (98%), pero solo 32% indicó que debería ser un requisito[21].

En Canadá, a pesar de estar normado que los programas de residentado médico soliciten el desarrollo de un trabajo académico a los residentes, solo el 73% de programas de residentado en psiquiatría solicita a sus residentes que desarrollen tal trabajo [22]. En Estados Unidos, una encuesta a médicos residentes de Medicina Interna encontró que solo el 69% consideraba que la investigación debería ser un requisito de la residencia [19].

En el Perú no existe información sobre este tema; sin embargo, la promulgación de la RS 017-2015-SA ha producido reacciones a favor y en contra de la medida. Mientras que un sector de médicos residentes ha recibido positivamente la normativa, otro sector considera que dicha medida va en contra de su formación como especialistas [23].

La predisposición negativa al desarrollo de la tesis o trabajo académico podría deberse a la existencia de barreras que dificultan su ejecución durante el residentado médico (Tabla 2). Las dificultades más ampliamente reconocidas por los médicos de diferentes programas de residencia son las restricciones de tiempo y el escaso conocimiento de herramientas de investigación [19,20,24]. Por su propia estructura, el residentado médico es un programa principalmente clínico, con altas responsabilidades asistenciales en donde las capacitaciones son preferentemente en el área de la especialidad y muy pocas o inexistentes en investigación [7,18,25].

En ese sentido, la estructura de muchos programas de residencia no facilita el desarrollo de investigación. En reconocimiento de estas debilidades, algunos programas han modificado su componente de investigación a través de diferentes estrategias, como la contratación de profesores con experiencia en investigación, habilitar recursos de investigación, e implementar rotaciones en unidades de investigación [18,24].

Los resultados de estas intervenciones muestran que los residentes incrementaron sustancialmente su participación en investigación y consideraron que la capacitación en investigación es esencial para la práctica de la medicina [18,24]. Por ende, es potencialmente posible incrementar la producción científica durante el residentado médico en base a la intervención en la propia estructura de los programas de residencia.

Tabla 2. Dificultades para el desarrollo de investigación durante el residentado médico

Dificultades
Restricciones de tiempo debido a deberes de la residencia.
Restricciones de tiempo por motivos personales.
Carencia de habilidades y conocimiento en estadística.
Escaso interés por parte de los profesores.
Falta de interés personal.
Ausencia de una relevante pregunta de investigación.
Problemas para reclutar pacientes.
Carencia de recursos para el desarrollo de investigación.
Escasa oferta de financiamiento.

La residencia médica en el Perú solicitaba que cada uno de los egresados desarrolle una tesis o trabajo académico. La investigación científica no es algo que se pueda hacer por obligación, ni mucho menos cuando no se brindan las facilidades y capacitaciones para su desarrollo. En un escenario de tiempo restringido y de escasa capacitación en herramientas de investigación, el desarrollo de un trabajo de investigación podría resultar demandante para los residentes [26].

Aun en universidades extranjeras con alta producción científica, no se exige a todos los médicos residentes que desarrollen trabajos de investigación. En su lugar, se admite que los residentes puedan desarrollar otras formas de estudios como reporte de casos, revisión de temas clínicos y revisión de tópicos de investigación [22,24]. Si bien estos estudios no tienen las características de un trabajo de investigación, permiten cumplir con los requisitos de la parte académica, ser presentados en congresos y ser publicados en revistas científicas.

En el Perú, el solicitar un trabajo de investigación como requisito de titulación mediante una Resolución Suprema normaba la ejecución de estos estudios; sin embargo, no fomentaba el desarrollo de los mismos. El fomento de la investigación corresponde a los programas de residentado promoviendo cambios en su estructura y brindando recursos para el desarrollo de los trabajos de investigación [4,18,24].

Actualmente, basados en la nueva normativa, los residentes deben presentar un proyecto de trabajo en el área de la especialidad que debe ser aprobado por la universidad aunque sin exigencia que sea desarrollado(13). Un proyecto de trabajo es un documento en el cual se plasma las acciones a seguir para alcanzar un objetivo determinado, mas no representa un trabajo final del cual se obtenga un resultado. En ese sentido, la información no puede ser utilizada, a no ser que se ejecute, y para fines prácticos no representa ningún aporte para el desarrollo de la especialidad. La nueva normativa resulta extrema y restrictiva en relación al desarrollo de la investigación.

Primero, no era imposible el desarrollo de un trabajo de investigación de forma curricular, y muestra de esto son los trabajos de los especialistas que han conseguido titularse por esta vía. En segundo lugar, al eliminar el trabajo de investigación, no se tomó en cuenta la opción de considerar otras formas de investigación como requisito de titulación, que aunque metodológicamente menos rigurosas, podrían contribuir al desarrollo de la especialidad. Finalmente, en forma de mecanismo de compensación por la eliminación del trabajo de investigación, tampoco se crearon canales para incentivarla por medio de mecanismos no curriculares por los cuales se reconozca el desarrollo de investigación realizada de forma voluntaria durante este periodo de entrenamiento.

La nueva norma favorece la titulación de los médicos egresados del residentado médico mas no favorece su capacitación, como se ha señalado. La norma resta requisitos a la titulación de médicos especialistas. Por lo tanto, no es una medida que incentive o promueva la capacitación en una habilidad adicional, sino que, en buena medida, retira la investigación del proceso formativo de los médicos residentes. En ese sentido, la nueva normativa no representa ninguna contribución a la capacitación académica ni mucho menos científica de los médicos residentes"[2].

En este sentido, es necesario tomar acciones desde el Estado para crear nuevos mecanismos que permitan la especialidad de médicos suficientemente capacitados y además que se consigan mayor número de profesionales para que trabajen en provincias, más aún si la Constitución en su artículo 11 refiere que el

[2] Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Lima Abril/Junio 2016 sobre Nueva Nortmativa de Titulación en el Residentado Médico en el Perú: Problemas y Perspectivas, Rubén Valle y Alberto Perales.

"Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas y privadas o mixtas.

II. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no genera gasto al Tesoro Público porque se implementarán las innovaciones al servicio médico en las consultas médicas y en las intervenciones quirúrgicas con los recursos que se les asignen en la Ley del Presupuesto al Ministerio de Salud y a Essalud, de tal manera que no existe iniciativa de gasto en el presente proyecto de ley; sin embargo, es necesario precisar que cualquier iniciativa que implique que se dispongan recursos públicos debe dictaminarse en mérito al informe que deberá emitir el Ministerio de Economía, tal como se ha efectuado en la práctica parlamentaria y además las entidades comprendidas con la norma, como son el Ministerio de Salud y Essalud.

Sin embargo, los recursos que se asignen, conforme a la Ley de Presupuesto van a conseguir un significativo beneficio a los millones de peruanos que se atiendan en los establecimientos de salud públicos, por cuanto se va mejorar la calidad de vida de quienes requieran consultas e intervenciones quirúrgicas; pero además el Estado, conforme a la Constitución, garantizará el acceso oportuno a los servicios de salud, la misma que es una preocupación pero además constituyen problemas concretos que sufren los peruanos en cada región del país. Con la ley aprobada este aspecto vital de la nación estará mejor atendida por parte del Estado.

III. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La norma que se apruebe va modificar las normas legales y reglamentarias existentes sobre salud pública en aspectos muy importantes, como son las consultas médicas y las intervenciones quirúrgicas que, a la fecha no se realizan en tiempo razonable y por tanto el ciudadano debe esperar meses para recibir el servicio de salud.

Los mecanismos para introducir los cambios dispuestos por la norma deben ser detallados y determinados por la reglamentación correspondiente que, se ordena se apruebe a través de una disposición complementaria en el plazo adecuado.

Consecuentemente, la vigencia de la norma se aplicará a todas las atenciones e intervenciones quirúrgicas que se encuentran pendientes en los hospitales públicos del Ministerio de Salud y Essalud, pero además las que se produzcan posteriormente. Ya se ha referido la ley será de invalorable beneficio a millones de ciudadanos.

Así mismo, referente al servicio adicional de los profesionales de salud y personal de salud deberán ser pasibles de pago de horas extras, es decir gozarán de los beneficios laborables que se establece en la ley a favor no solo de los profesionales médicos y otros profesionales de salud, sino de todo el personal de salud que laboren horas extras.

Finalmente, en cuanto a los médicos especialistas, los mismos serán beneficiados con los programas de especialización que implementen el Ministerio de Salud y Essalud para que luego presten sus servicios en provincias durante un tiempo mínimo de 5 años y que si continúan deberán gozar de un bono adicional del 50% de sus remuneraciones.

Esta situación es igualmente un cambio positivo a favor de la población de provincias que contarán con médicos especialistas en sus lugares de origen y con eso se evita gastos adicionales y recargar el trabajo profesional en los hospitales de la ciudad capital y de las ciudades que cuentan con médicos especialistas. Pero, además, los médicos se especializarán con apoyo del Estado, lo cual es un beneficio importante a su ejercicio profesional.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA

La presente iniciativa se encuentra enmarcada en las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional establecidas en el numeral 10 sobre reducción de pobreza, por cuanto las personas enfermas o que padecen de alguna dolencia de salud no pueden laborar y muchas de ellas se encuentran en situaciones económicas precarias.

Igualmente, el proyecto se encuentra vinculado a la política de Estado 11 sobre igualdad de oportunidades, por cuanto los ciudadanos que pueden pagar un servicio de salud pueden atender sus requerimientos en la brevedad, sin embargo, quienes no cuentan con recursos económicos deben recurrir a los centros de salud y hospitales públicos y tienen que esperar mucho tiempo para

sus consultas e intervenciones quirúrgicas, mientras tanto la salud de las personas se va agravando.

En ese sentido, con la propuesta se crea las condiciones para que toda persona tenga los servicios de salud con igual oportunidad. Finalmente se vincula el proyecto con la política de Estado 13 que establece el acceso universal a los servicios de salud y seguridad social. Dicha política se explica por sí solo.

Lima, agosto del 2023.

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
CARLOS JAVIER ZEBALLOS MADARIAGA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA