

De la necesidad de revisar las pruebas de residencias médicas.

Luego de una larga experiencia docente en la preparación de concursantes y en la integración de tribunales en la Comisión Nacional de Residencias Médicas, y habiendo visualizado las crecientes dificultades e inequidades generadas con las distintas modificaciones incorporadas al sistema de ingreso a la residencia, se hace necesario un análisis crítico del actual modelo.

Antecedentes

Las residencias médicas han demostrado ser, a través del tiempo y en todo el mundo, la manera más eficiente, racional y segura para formar especialistas médicos, constituyendo la mejor forma de preparar especialistas.

El régimen de residencias médicas en nuestro país está regulado por la Ley n.º 13.892 y sus ulteriores modificaciones, que permitieron, además de ampliar la oferta de plazas y disciplinas, su desarrollo universal en el sistema incorporando a los subsectores público y privado. Esto ha sido claramente beneficioso para el sistema nacional de salud, con la consiguiente mejora en la calidad asistencial.

El acceso a las residencias ha evolucionado desde un origen de cuatro especialidades (Medicina, Pediatría, Ginecología y Cirugía). Luego se fueron incorporando plazas y especialidades, habilitando a un mayor número de postulantes. Esto ha complejizado el sistema y, con ello, la instrumentación de la prueba de ingreso, por lo cual es imprescindible hacer observaciones importantes tendientes a debatir sus debilidades para lograr un cambio cuya adopción en el menor plazo posible se hace inexorable.

Visión crítica de la realidad actual

El programa de residencias médicas tiene fortalezas cualitativas incuestionables. El concurso abierto, de libre inscripción y de evaluación anónima, la designación de tribunales de alta idoneidad académica, así como la posibilidad del nuevo residente de elegir el servicio/centro y contar con una docencia tutorizada, constituyen formas de democratizar el acceso, recogiendo la mejor tradición nacional de otorgar iguales oportunidades. Sin embargo, la prueba y los programas presentan debilidades que hoy hacen crítica su calidad y sus resultados en términos de equidad.

Así, todos los años quedan plazas libres debido a las eliminaciones y deserciones, porque el sistema, dividido en compartimientos estancos, impide que sean aprovechadas por otros. Seguramente, colegas jóvenes que aprobaron con solvencia pruebas de otras especialidades podrían ver con buenos ojos ocupar estos cargos que quedan libres. Incluso, ante la posibilidad de ingresar a una especialidad determinada, el cambio a otra con “mejor probabilidad” implica la pérdida del tiempo invertido.

Más aún, si un médico quiere entrar en otra especialidad debe empezar de nuevo y comenzar la preparación de un nuevo posgrado, porque no son consideradas sus aptitudes validadas en el concurso previo, lo que contribuye a frustrar vocaciones y entusiasmos que serían de mucho beneficio para la calidad asistencial. Es un grave error metodológico, que daña a las personas y a la organización y debe ser corregido, en pro de generar un sistema que atienda y proteja a las personas como forma de cuidar la adecuada formación del capital humano profesional.

Con el devenir de los años, las especialidades “madres” (Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría) han ido dando lugar a incontables subespecialidades emergentes, las que se fueron separando de su tronco inicial, llevando a que actualmente existen más de 50 especialidades al momento de optar por una residencia, agrupadas en 45 pruebas por efecto acumulativo, secundario a la diversificación de disciplinas, sin que ello obedezca a una política académica preestablecida.

Para agregar aún mayor complejidad a este sistema de pruebas, sigue existiendo, como parte de la formación de posgrado a la que se accede como extensión de la residencia médica, una suerte de segunda residencia. Esto hace que no exista un criterio docente que amalgame las distintas necesidades de evaluación, a fin de garantizar un juicio oportuno y correcto de los postulantes.

La construcción de la mayoría de los temarios hace que evalúen conocimientos no

adquiridos. Se exigen contenidos que son el objetivo de la especialidad y que, por consecuencia, serán adquiridos ulteriormente de forma estructurada, a lo largo de la residencia y el programa de posgrado asociado. Esto es particularmente grave en las especialidades con escasa o nula presencia durante el pregrado, porque hay un total desconocimiento en los concursantes no solo de los temas, sino también de las modalidades y criterios de evaluación. Esto hace injusta y dispar la preparación y conocimientos disponibles de los postulantes entre diferentes disciplinas. Asimismo, las pruebas muy exigentes suelen responder a la relación número de postulantes versus cargos disponibles, lo que lleva a posibilidades muy bajas de obtener un cargo, sobre todo en aquellas disciplinas con poca oferta de ellos. Hay disciplinas en las que los concursantes se postulan varias veces, hasta que ganan o desisten... Por otra parte, los temarios muestran gran dispersión en cuanto a su actualización; si bien la mayoría son recientes, otros deberían ser revisados y en todos existe gran heterogeneidad en cuanto a los contenidos. Los hay muy específicos o exigentes y otros más generales, de un tenor más ajustado al conocimiento previo del postulante. Todo esto determina que se acentúe la discrecionalidad de los tribunales actuantes.

Esta metodología perniciosa termina generando un “efecto embudo”, donde el número de postulantes creciente en el tiempo hace que difícilmente puedan acceder a un cargo, como sucede en algunas especialidades de forma casi sistemática, lo que convierte al sistema en un proceso injusto. Esta es una crítica importante a un modelo que pretende lograr estándares elevados y brindar oportunidades a los jóvenes médicos.

Cada tribunal —que se renueva anualmente en su totalidad - determina qué sección de un temario es prioritaria y cuáles son los criterios de eliminación o acierto. Existen 45 tribunales cada año, que involucran a 135 docentes de grado medio y superior, lo que genera una entropía de subjetividad no despreciable y resultados dispersos, cada uno de ellos independiente e inapelable. Por otra parte, se evitaría excluir de la docencia diaria a 135 docentes por un período que oscila entre 3 y 4 meses, porque las pruebas exigen dedicación exclusiva.

Otro punto crítico tiene que ver con la multiplicidad de los tipos de pruebas y las consecuentes diferencias en los procesos de evaluación que esto determina, así como los diferentes niveles de exigencia entre las especialidades.

Sobre un modelo de doble prueba escrita, se utiliza una gran diversidad de tipos de evaluación, desde cuestionarios de múltiple opción con encare clínico clásico, pasando por viñetas con o sin paraclínica asociada (por ejemplo, imágenes), hasta el desarrollo de un tema. Esta falta de sistematización atenta contra la correcta medición por

igual de las capacidades y conocimientos. Además, la preparación del concurso se ha distorsionado con el uso, porque la forma predomina sobre los contenidos.

Todos sabemos que existen postulantes que adquieren el “lenguaje técnico” de los encares, obteniendo resultados positivos que no guardan relación con el desarrollo de un juicio clínico o pensamiento crítico, lo cual debería ser nuestro objetivo primordial. Es tan interesante esta situación, que probablemente un “buen encarador” en el auge de su entrenamiento le gane a un docente escribiendo a contrarreloj, sin que ello refleje un conocimiento adecuado de un tema ni asimilación de los conceptos.

En algunas disciplinas no se aclara el tipo de modalidad empleada para realizar la evaluación o se deja abierta la posibilidad de dos modalidades diferentes para una misma prueba. Existen temarios que no se actualizan desde 2007 y hay pruebas en las que no se aclara la modalidad de evaluación.

Por otra parte, no existe una estructura curricular que organice y coordine la preparación y los contenidos del concurso ni el modelo de prueba a seguir, de modo tal que se brinde a los postulantes transparencia académica e igualdad de acceso a la preparación. Es inaceptable que este proceso continúe —en términos generales— manejado a nivel de docencia extracurricular.

El viejo modelo de preparación, basado en la estabilidad, con encares “tipo” con vigencia de muchos años y que se pasaban de generación en generación y con libros como principal fuente de información, ha caducado. La renovación de la información tiene tres impactos: sobre los criterios de corrección del tribunal, sobre la bibliografía sugerida y sobre el contenido del temario de cada disciplina. El asesoramiento bibliográfico formalmente sugerido en los programas es escaso, la oferta total exigua y con amplia variación en el tiempo, lo que pone en tela de juicio su vigencia. Todo esto facilita la posibilidad de adoptar conceptos disímiles que se verán reflejados en los criterios de los tribunales. La existencia de bibliografía sugerida en inglés es, sin duda, un factor de inequidad y su pertinencia debe ser debatida en forma uniforme para todas las disciplinas

Propuesta para la discusión

Este trabajo es un insumo para un debate lo más amplio posible, que permita arribar a las mejores soluciones. Sin espíritu crítico y si somos incapaces de corregir errores, estaremos haciéndole un daño irreparable a nuestro sistema de salud y a la formación

de profesionales de calidad, además de ser injustos con los postulantes. El desafío es reconstruir una propuesta integradora que dignifique el cargo de residente y la metodología docente.

Será a través de la participación de docentes, de la Escuela de Graduados, de la Comisión de Residencias y del cuerpo médico docente en general que se vislumbrará la concreción de un proyecto de este tipo, que debe implantarse en forma rápida y eficaz, en lo posible durante este año.

Se impone debatir la pertinencia de un tribunal único. Además, considerando que los postulantes son el producto recién surgido de un único plan de estudios, hay que pensar en un sistema de evaluación de este a través de un programa consensuado e igualmente útil para el inicio de todas las disciplinas, habilitando la posibilidad de evaluar temas básicos de las especialidades en el ámbito de la medicina general.

Otra discusión deberá centrarse en la conveniencia de establecer una lista única de prelación para elegir el cargo/especialidad de acuerdo a la posición lograda en el concurso. Esto permitiría aprovechar todos los cargos disponibles y otorgarles a los concursantes la opción de elegir entre diversas disciplinas, y, en el peor, escenario siempre será formativo preparar una prueba de conocimiento médico general amplio, sin importar a qué especialidad se termine ingresando.

Es imprescindible discutir la pertinencia de una división troncal en médica y quirúrgica versus prueba única, con contenidos programáticos que evalúen a un médico general recientemente egresado, con medición certera de todas aquellas capacidades, aptitudes y conocimientos esenciales para la práctica asistencial y la participación de las especialidades con contenidos temáticos imprescindibles para el inicio del posgrado.

La prueba debería realizarse en un solo día, en un plazo razonable, de cuatro a cinco horas, universal como propuesta tentativa, con participación del Departamento de Educación y una estructura técnica exclusivamente destinada a la elaboración de la prueba con una visión longitudinal, a la cual docentes designados como tribunal se incorporen con las reglas del juego básicas ya establecidas.

También es imprescindible discutir el tipo de prueba a aplicar, lograr consenso en cuanto a qué modelo de evaluación es más eficiente para las distintas especialidades, pero manteniendo un eje de equidad entre ellas que no modifique la igualdad de oportunidades entre los concursantes.

Parte de estas sugerencias apunta a corregir los actuales déficits en cuanto a la es-

estructura curricular para la preparación del concurso, bibliografía actualizada y, sobre todo, la implantación de un sistema que permita a los aspirantes antes del concurso explorar, entrevistarse y conocer la especialidad que pretenden seguir, recordando que la mayoría de las especialidades son muy poco conocidas durante el grado.

Las ventajas de esta propuesta son múltiples. Para empezar, se busca un proceso de selección más justo, equitativo y que premie a los mejor preparados, generando un cambio de metodología en la implementación de las pruebas de admisión, que amplíe el horizonte de elección de los concursantes y asegure al ingreso a la especialidad y la evaluación de conocimientos básicos imprescindibles para la práctica médica profesional.

En definitiva, nuestra intención es dirigir una mirada crítica al modelo de ingreso a la formación de nuestros especialistas, porque estimamos que en el marco del actual sistema se ha producido un impacto indeseable por el efecto acumulativo de la incorporación de nuevas especialidades y, por lo tanto, su reforma inmediata permitirá una mejor formación a las próximas generaciones de residentes. Lo que no admite demora es su discusión y la implementación de las modificaciones necesarias.

Prof. Dr. Gerardo Bruno - Prof. Luis Ruso Martínez
Montevideo, junio 2021

**** Las opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista del Colegio Médico del Uruguay.***