

III. La Residencia rotatoria

Alberto Lifshitz G, Eduardo Acosta Arreguín

Jefatura de Servicios de Educación Médica del IMSS

(Recibido, junio 23, 1993; aceptado, septiembre 3, 1993)

Resumen

La residencia rotatoria redujo sus campos clínicos y dejó de ser requisito para ingresar a las especialidades médicas en 1982. Algunas corrientes justifican su reinstalación con base en argumentos que se centran en la necesidad de un año más en la formación de especialistas en medicina, la de superar algunas deficiencias de formación en los egresados de licenciatura y la oportunidad para elegir mejor una especialidad. Los tres argumentos tienen puntos débiles y es preciso hacer un análisis que incluya aspectos académicos, logísticos y económicos.

Palabras clave: Internado - Posgrado - Residencia rotatoria.

Summary

Rotatory residency takes place only in very few hospitals, and since 1982 it is no more a requirement for access to specialties. Some current opinions support its resumption based on the necessity of an additional year for medical specialties, the need to resolve formative deficiencies of medical students, and to make easier the election of a specialty. These three lines of reasoning have weak points that make clear the necessity of an analysis including academic, logistic and economic aspects.

Key Words: Internship - Postgraduate medicine - Rotatory residency.

La formación de especialistas en nuestro país ha evolucionado en varias etapas. En la época de la preparación informal, en la que los aprendices se formaban al lado de los especialistas connotados, o mediante el desempeño de actividades de ayudante de hospital, la etapa inicial de escalafón se empezó a denominar como "subresidencia". En 1966, después del movimiento médico, por decreto del entonces Presidente de la República, Gustavo Díaz Ordaz, el primer año del posgrado adquirió formalidad como "Internado Rotatorio de Posgrado", y, en 1977, obtuvo el reconocimiento universitario a través del "Curso de Introducción a la Especialización Médica", programa que sigue vigente en el catálogo universitario aunque cuenta a la fecha con muy pocos campos clínicos¹. En 1982, el Instituto Mexicano del Seguro Social decidió suspender la residencia rotatoria en sus instalaciones y expuso sus razones para ello y, en 1984, siguieron este mismo camino varias otras instituciones de salud. En los últimos tiempos, y a raíz de que el posgrado en medicina ha sido objeto de análisis y reflexión con

miras a una evaluación sensata, se han manifestado algunas corrientes de opinión en favor de la reinstalación de la residencia rotatoria. El propósito de esta presentación es tan sólo exponer los argumentos, en favor y en contra, a modo de facilitar una decisión colegiada, la que, desde luego, no estará exenta de polémica.

Características del programa. La residencia rotatoria se desarrollaba inmediatamente después de concluida la licenciatura e inmediatamente antes de iniciar la especialización. Formaba, por lo tanto, parte del posgrado y era financiada por las instituciones de salud en la parte de becas y prestaciones laborales para los alumnos, mientras que las instituciones educativas aportaban los programas académicos, la certificación y el pago a los profesores. El programa se definía como orientado a la atención médica de pacientes de contacto secundario y con el propósito de permitir al alumno continuar su desarrollo profesional en una de las especialidades de la medicina. Además, se decía que propiciaba que el alumno analizara en

cuál curso de especialización podría ubicarse con eficiencia. El plan de estudios abarcaba 98 créditos, 64 de los cuales correspondían a actividades prácticas, con 40 horas/semana/semestre. Las asignaturas comprendían: fisiopatología general, bioquímica clínica, anatomía patológica general, farmacoterapia, medicina social y preventiva, práctica clínica, adiestramiento clínico complementario y actividades académicas. La práctica clínica se desarrollaba mediante una rotación trimestral por las áreas de medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia.

La justificación de la residencia rotatoria. La residencia rotatoria nació por la necesidad de incrementar el nivel académico de los egresados de licenciatura en medicina y que aspiraban a estudios de posgrado. Adicionalmente se identificó como una oportunidad para uniformar los conocimientos y destrezas, de ofrecer un panorama que permitiera a los alumnos una mejor selección de la especialidad y de contribuir a los mecanismos de selección de aspirantes a ingresar en las residencias médicas.

La suspensión de la residencia rotatoria por las instituciones de salud. En junio de 1982, el Instituto Mexicano del Seguro Social presentó ante la entonces llamada Comisión Coordinadora de Educación Médica la propuesta de suspender el requisito de la residencia rotatoria para ingresar a los cursos de especialización y de que este ingreso fuese directo a las especialidades troncales. La comisión, a su vez, nombró a una subcomisión, integrada por representantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social, para que estudiara en detalle el asunto. Esta subcomisión efectuó recomendaciones a la Comisión, las que, finalmente, llevaron a la supresión de la residencia rotatoria en casi todas las instituciones de salud del país. Los argumentos que, en ese entonces, fundamentaron la propuesta de suprimir la residencia rotatoria² se pueden resumir en los siguientes:

1. La residencia rotatoria era una repetición, que se consideró innecesaria, del internado de pregrado, pues los alumnos no adquirirían conocimientos ni destrezas nuevos, lo que se podía ver al comparar los programas educativos respectivos³.

2. Prolongaba indebidamente la especialización e incrementaba el costo de la formación de especialistas.

3. Competía con el internado de pregrado, tanto en la atención que dispensaban los docentes a los alumnos como en el número de plazas ofrecidas.

4. No existía un producto específico de ese año de formación. Aunque se enfocaba hacia el segundo nivel de atención y, acaso, podía producir médicos generales con capacidad para atender pacientes del contacto secundario, lo cierto es que las instituciones de salud no estaban dispuestas a contratar este tipo de personal para otorgar esta atención, sino que seguirían contratando especialistas.

Las condiciones de hoy en día. La corriente de opinión que apoya la reinstalación de la residencia rotatoria utiliza hoy en día los mismos argumentos que fundamentaron su creación y su formalización. Esta opinión se ha expresado principalmente en forma de voces individuales, aunque en la Primera Reunión Nacional de Evaluación de las Especialidades Médicas efectuada en Cuernavaca, Morelos, los días 2 y 3 de julio de 1992, los diez portavoces de los grupos de trabajo formados por profesores y presidentes de los Consejos de especialidad manifestaron seis opiniones en favor de reanudar la residencia rotatoria, una en contra y tres en favor de una residencia rotatoria diferente. En una encuesta aplicada a 30 médicos interesados en la educación médica, 80 por ciento opinaron en favor de la reanudación de la residencia rotatoria (datos no publicados), aunque casi todos propusieron variantes substanciales con respecto al programa previo. Sin embargo, es obvio que una decisión de este tipo no puede basarse en criterios democráticos, sino que es necesario un examen dialéctico de los argumentos. Aunque se han expresado de muy diversas maneras, casi todas las razones que se esgrimen en estas opiniones se pueden concentrar en los siguientes puntos:

1. La necesidad de un año más en la formación de especialistas en medicina.

2. La necesidad de superar algunas deficiencias de formación de los egresados de licenciatura antes de emprender el aprendizaje formal de la especialidad.

3. La conveniencia de exponer al alumno a un panorama amplio de experiencias que le permitan seleccionar mejor su especialidad.

Casi no se manejan otros argumentos como las cualidades del programa, su contrastación con el del internado de pregrado, su grado de independencia con los de licenciatura y de especialidad, su potencial

como mecanismo de selección de aspirantes a especialidad, la situación laboral de los alumnos, los aspectos económicos o de organización, sus repercusiones sociales o sobre el mercado de trabajo, sus alternativas o su perfil del egresado. Podría surgir la tentación de justificar la decisión comparando los egresados de las especialidades en la época en que existía la residencia rotatoria con la época en que dejó de existir. Sin embargo, el número de variables que cambiaron es muy grande; baste citar la cantidad de plazas de residencia y, en el IMSS, la implantación de los subsistemas regionales de especialización⁴ y la participación del Sindicato de Trabajadores. Conviene analizar los tres argumentos principales.

Siempre es bueno un año más. Aunque se expresan de distintas maneras, la mayor parte de las argumentaciones giran simplemente alrededor de la idea de que siempre es benéfico un año más de preparación formal. Este es un argumento que, en sentido estricto, es irrefutable por obvio; siempre es mejor tener más dinero que menos dinero, más salud que menos salud, más oportunidades de aprender que menos oportunidades de aprender. Pero el asunto difícil es definir los límites. Si un año más es bueno, ¿por qué no de una vez dos años más, o tres, o cinco? La solución proviene del equilibrio entre lo razonable y lo posible, entre lo conveniente y lo factible, entre lo necesario y lo realizable. ¿Qué se pretende alcanzar mediante el proceso educativo y cuánto tiempo es necesario de acuerdo con los recursos existentes? ¿Cómo se interrelaciona el proceso formativo con el proceso productivo, de modo que los egresados se incorporen en el momento oportuno al mercado de trabajo, ni antes ni después? En todo caso, también habría que definir si se requiere prolongar la licenciatura o se requiere prolongar la especialización y aprovechar debidamente el tiempo.

La calidad del egresado de licenciatura. Este ha sido uno de los puntos más debatidos, pero en todo caso, si se utiliza como argumento en favor de la reinstalación de la residencia rotatoria se convierte más bien en una razón en favor de mejorar la licenciatura. Y aquí surge un litigio de límites. Si se quiere que sólo quienes están por emprender un curso de especialización superen sus deficiencias como egresados de licenciatura la responsabilidad puede competirle al posgrado; pero si se aspira a que sean todos los egresados de licenciatura los que se perfeccionen, entonces el compromiso recae en el pregrado. Y esta diferenciación no es tan sólo un ejercicio ocioso de ubicación, pues tiene que ver con el financiamiento de ese año adicional.

La vocación por una especialidad. Este es también un asunto complejo, pues no se ha podido precisar el momento en el que los alumnos seleccionan su especialidad ni las razones de esta elección⁵. La Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud realizó una encuesta a los alumnos seleccionados en el XV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias para conocer en qué momento seleccionaron la especialidad en la que fueron aceptados. De 3,339 médicos, 2,763, es decir, 82.8% lo hicieron antes de terminar la licenciatura; de ellos, 1,145, 41%, tomó la decisión durante el internado de pregrado⁶. No sabemos si alguno de ellos cambiarían su decisión si se expusieran a la experiencia de una residencia rotatoria, ni los criterios para admitir como afortunada una decisión, pues hay quien afirma que a uno le empieza a gustar lo que aprende a hacer bien y no al revés. En una encuesta aplicada a 557 médicos residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la que se les preguntó: "Si usted tuviera oportunidad de elegir nuevamente una especialidad ¿escogería la misma que ahora tiene?". La respuesta fue afirmativa en 92% de los casos (datos no publicados). Adicionalmente, durante el último proceso selectivo las solicitudes de cambio de especialidad han sido muy escasas.

El análisis preliminar de datos orienta a que las principales razones que motivan la elección de una especialidad se relacionan con el éxito económico, la relevancia profesional y académica y la posibilidad de mejorar el nivel social. El gusto viene después.

Otras consideraciones. A raíz de que comenzaron a plantearse las propuestas sobre la eventual reinstalación de la residencia rotatoria, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se efectuó un análisis de las repercusiones que una decisión de este tipo traería sobre la institución. Aunque los argumentos académicos han de ser los que más pesen al explorar el consenso, no se pueden dejar de lado los aspectos económicos y de organización.

La residencia rotatoria exigiría un segundo proceso selectivo para ingresar a los cursos de especialización. Si se mantienen las preferencias que se han venido manifestando en los últimos años; es decir, con un gran predominio de las especialidades quirúrgicas, el limitado número de plazas en estas últimas puede reactivar un fenómeno que se ha tratado de neutralizar en los dos últimos años: que los aspirantes, con tal de no quedar fuera del sistema educativo de posgrado, se vean forzados a elegir especialidades diferentes de la que originalmente habían seleccionado, de modo que

más que propiciar que se reafirmen las vocaciones, se obligaría a los alumnos a elegir las especialidades que le son necesarias a la institución de salud. Si se pretendiera mitigar este efecto permitiendo el ingreso de un mayor número de residentes rotatorios en relación con las plazas que se ofrezcan para cursos de especialización, se propiciaría que, año con año, un grupo de egresados de la residencia rotatoria quedaran fuera del sistema de formación de especialistas y sin un mercado de trabajo propio o bien definido. No puede soslayarse que se retrasaría un año el ingreso de especialistas al mercado de trabajo y que se interferiría con la participación de los médicos residentes de las especialidades troncales en las unidades de atención médica del régimen de solidaridad, que tantos beneficios ha traído a las comunidades. Por otra parte, el costo aproximado de abrir plazas de residencia rotatoria para el IMSS sería de unos 60,000 millones anuales tan sólo de becas, a lo que habría que sumar gastos de alimentación, ropa contractual y otras prestaciones. En resumen, las consecuencias sobre la organización y las repercusiones económicas de la decisión de restaurar la residencia rotatoria obligan a ponderar objetivamente los criterios académicos a modo que el beneficio supere indudablemente el costo. Los argumentos que se manejan hoy en día tienen puntos débiles que obligan, al menos, a reconsiderarlos.

Referencias

1. UNAM. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado. Curso de Introducción a la Especialización Médica. México, 1980.
2. Villalpando-Casas JJ, Jasso-Gutiérrez L, Muñoz-Ortiz E. Experiencias en la formación directa de médicos especialistas en el IMSS. Rev Med IMSS Méx. 1986;24:221-5.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Académico del Internado de Pregrado. México 1982.
4. Villalpando-Casas JJ, Jasso-Gutiérrez L, Zárate A, González BD, Díaz del Castillo E. El sistema de enseñanza de las especialidades médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS Méx 1986;24:149-53.
5. Villalpando-Casas JJ, Mareschal C, Figueroa B, Ornelas G. Motivación e incentivo como factores determinantes en la elección de la especialidad médica. Rev Med IMSS Méx. 1986;24:221-5.
6. Informe de la XVII Reunión de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. abril 1992.

Conclusión. No hay duda de que la insatisfacción es uno de los motores del progreso. El planteamiento de una alternativa concreta traduce la inconformidad con los resultados de hoy en día, y obliga a un análisis prudente que desatienda la menor cantidad de elementos de juicio. Una decisión consensual no puede soslayar conscientemente argumentos jerarquizados tan sólo por valores personales y, sobre todo, no puede desintegrarse del contexto global de la educación médica en México. Es obvio que esta decisión, por sí sola, no da respuesta a las imperfecciones que se visualizan en el sistema de educación médica del México contemporáneo. El momento es muy oportuno, pues gracias a la iniciativa de la Facultad de Medicina de la UNAM, que ha caído en el terreno fértil de las preocupaciones de otras instituciones académicas y de las instituciones de salud, se ha echado a andar una evaluación seria, tanto del pregrado a través del proceso que se denominó "El curriculum médico a debate", como del posgrado a través del Programa Nacional de Evaluación de las Especialidades Médicas. La decisión de restablecer o no la residencia rotatoria y, en su caso, con qué características, debe relacionarse con el resultado de estas evaluaciones, a modo de establecer un modelo que responda a las características de nuestro país para hoy y para el futuro.