



Investigación inédita

¿Están acompañados los Residentes de Clínica Médica durante su formación?

Gasull Andrea^{1,2}, Hoffmann María Paula¹, Fernández Matías¹, Lascano Soledad¹, Gisbert Patricia^{1,2}, Salomón Susana^{1,2}.

1-Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza.

2-Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico de contacto: andreasilvana175@gmail.com

Recibido: 18 de noviembre de 2019 - Aceptado: 03 de diciembre de 2019

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar el proceso de enseñanza, aprendizaje, evaluación y acompañamiento de los Residentes (R) en las Residencias (Re) de Clínica Médica (CM); comparar Re estatales (ReE) vs privadas (ReP) de Mendoza.

Material y métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y comparativo. Encuesta validada, autoadministrada y anónima a residentes (R) y jefe de residentes (JR) de CM de ReE y ReP. Incluyó datos sociodemográficos, formación y actividad académica, investigación y conformidad R con institución (In). Análisis estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, test exacto de Fisher, ANOVA. Resultados: Encuestas 86. Mujeres 69%, edad 28 ± 3.4 , R1 39%, R2 21%, R3 19%, R4 16% y JR 6%. Comité de docencia e investigación (CODEI) 84%. Instructor residentes (IR) 95% y JR 87%. Consulta a médico clínico (MC) en guardia (G): no presencial 60.5%, presencial 26%, sin posibilidad 14%. Máximo responsable G R superior 73.5%. Comparten la G 4 R 51%. Atención pacientes ambulatorios solos y sin supervisión 64.5%. Decisiones asistenciales supervisadas por MP en CE poco frecuente

41% e internación siempre 53%.

Investigación: publicación en revistas científica (PRC) 63%, presentación oral (PO) en jornadas y congresos 96.5%. Evaluación: fin rotación evaluación teórica (ET) 89% y práctica (EP) 51%, anual ET 96% y EP 70%, final Re ET 82% y EP 60%; no son evaluados 4%. Tienen programa 92%, lo conocen parcialmente 52%, se cumple satisfactoriamente 48%. Recorridos de sala y clases teóricas diarias 93%, ateneo (At) semanal 73%, reuniones de mortalidad (RM) nunca 72%, bibliográfica semanal (BS) 63%, auditora de internación 56%, At de errores médicos nunca 47%. El 26% participa de cursos de formación continua. Evaluación Re: compromiso y dedicación MP con formación, conformes 44%, compromiso de In, conformes 52%, formación académica y capacitación conformes 50%. Análisis comparativo: ReP vs ReE: R/guardia 1.6 ± 1.1 vs 3.4 ± 1.1 $p < 0.001$. Investigación: PRC 30% vs 68.5% $p = 0.03$, PO 90% vs 97% (pNS), PI 60% vs 95% $p = 0.005$. CODEI 80% vs 99% $p = 0.03$, IR 70% vs 99% $p = 0.004$, JR% 40% vs 93% $p < 0.001$. Evaluación: Lista de procedimiento realizados (LRP) 67% vs 83% (pNS). Máximo responsable G: R superior 40%

vs 75% $p=0.03$. BS 30% vs 67% $p=0.03$, RM, epicrisis y At semanal pNS . Compromiso MP en la formación conforme 80% vs 39% $p=0.01$. Compromiso In conforme 40% vs 53% (pNS).

Conclusiones: las decisiones asistenciales en la internación son supervisadas por MP en la mitad de los casos, menos frecuente en CE. 1 de cada 3 R atiende solo y sin supervisión y solo 1 de cada 5 puede consultar. Más de la mitad han realizado publicaciones científicas. Se realizan actividades académicas en un alto

porcentaje, pero el 72% no reflexiona respecto a la mortalidad de sus pacientes. La mitad nunca ha hecho un ateneo de errores médicos. Las ReP investigan menos, tienen menos CODEI y menos presencia de JR e IR. En las ReE hay menor compromiso de los MP. A pesar de esto un alto porcentaje está muy conforme con la formación académica.

Palabras clave: residencia, clínica médica, condición laboral, público, privado.

Is there an appropriate following up process of residents in the medical clinic field during their training?

ABSTRACT

Objectives: to characterise the teaching and learning process, assessment, and following up process of residents (R) at residences (Re) in the field of medical clinic (MC); to compare public (PRe) vs Private ones (PriRe) in Mendoza.

Materials and methods: Protocol, descriptive and comparative study. Validated, self-administrated and anonymous survey to residents and chief resident (CR) of MC in Pre and PriRe. It included socio-demographic data, training and academic activity, research and R accordance with the institution. Statistics analysis: measures of central tendency and dispersion, Fisher's exact test and variance ANOVA test.

Results: 86 Surveys. Women 69%, aged 28 ± 3.4 , R1 39%, R2 21%, R3 19%, R4 16% y JR 6%. Teaching and Research Committee (CODEI) 84%. Resident Instructor (IR) 95% and JR 87%. Clinician consultation (MC) on call (G): no present 60.5%, present 26%, without possibility 14%. Superior maximum responsible G R 73.5%. on-call shared G 4 R 51%. Outpatient care along and without supervision 64.5%. Caring decisions supervised by MP at CE infrequent 41% and admission 53%. Research: scientific publication journal (PRC) 63%, oral presentation (PO) at seminars and conferences 96.5%. Assessment: end-rotation theoretical examination (ET) 89% and practice (EP) 51%, annual ET 96% and EP 70%, final Re ET 82% and EP 60%; there are no evaluated 4%. Having program 92%, the program is partially known 52%, the program

is satisfactory fulfilled 48%. Rounds and theoretical classes on a daily basis 93%, weekly Ateneo (At) 73%, meetings about mortality (RM) never 72%, weekly bibliographic (BS) 63%, auditor of admission 56%, At of medical mistakes never 47%. 26% participates of continuous training seminars and courses. Evaluation Re: MP commitment and dedication with training, satisfied 44%, In commitment, satisfied 52%, academic training satisfied 50%. Comparative analysis: ReP vs ReE: R/on call 1.6 ± 1.1 vs 3.4 ± 1.1 $p<0.001$. Research: PRC 30% vs 68.5% $p=0.03$, PO 90% vs 97% (pNS), PI 60% vs 95% $p=0.005$. CODEI 80% vs 99% $p=0.03$, IR 70% vs 99% $p=0.004$, JR% 40% vs 93% $p<0.001$.

Assessment: List of procedures made (LRP) 67% vs 83% (pNS). Maximum responsible G: R superior 40% vs 75% $p=0.03$. BS 30% vs 67% $p=0.03$, RM, epicrisis y At pNS weekly. MP commitment in the training, satisfied 80% vs 39% $p=0.01$. In commitment satisfied 40% vs 53% (pNS).

Conclusion: Decisions on assistance in admission are supervised by MP in half the cases, this is less frequent at CE. 1 in 3 R sees patients alone and without supervision and only 1 in 5 can consult. More than half of them have made scientific publications. Although academic activities are made in a high percentage, 72% don't reflect upon the mortality of their patients. Half of them have never made an Ateneo on medical mistakes. ReP do less research, they have less CODEI and less presence of JR and IR. At ReE there are less MP compromise. Despite this, a high

percentage is very satisfied with academic training.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud, se define como residencias médicas “al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines”.¹

En Argentina el inicio de los sistemas de residencia se remonta al año 1944 en la Provincia de Buenos Aires, en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”, por iniciativa del Profesor Doctor Tiburcio Padilla quien estaba a cargo de la cátedra de Semiología y creó la primer residencia, teniendo en cuenta que el aprendizaje de los médicos jóvenes debía llevarse a cabo en contacto estrecho con los pacientes y bajo la supervisión estricta y continua de profesionales con experiencia.^{2,3}

La satisfacción de los residentes es considerada como un elemento de calidad en la educación clínica.^{4,5}

Material y métodos

Se realizó un estudio protocolizado, descriptivo, observacional y comparativo; a través de una encuesta validada, autoadministrada y anónima a residentes y jefes de residentes de Hospitales públicos y privados de la Provincia de Mendoza. Incluyó datos sociodemográficos, formación y actividad académica, investigación y

Resultados

Se realizaron 86 encuestas, predominó el género femenino 69%, con una edad media de 28 ± 3.4 años. En la tabla 1 se muestran los datos socio demográficos.

En la encuesta se preguntó si la Sede donde se están formando cuenta con Comité de docencia e investigación, Comité de ética en investigación, Comité de ética o bioética y Comité de control de infecciones (Gráfico 1).

Key words: residence, medical clinic, working condition, public, private.

En este trabajo se evalúa si los Residentes de Clínica Médica de la Provincia de Mendoza se encuentran acompañados en su proceso de aprendizaje, teniendo en cuenta que el sistema de residencias es un régimen de formación en donde se debe jerarquizar lo académico, lo asistencial con supervisión continua y que debe estar centrada en “el que aprende” por lo que la opinión de los residentes en esta etapa constituye un aporte fundamental para la evaluación del sistema de residencias local y de esta manera poder identificar las problemáticas a las que se enfrentan, de cara a generar mejoras en el sistema educativo de estos jóvenes médicos. Por ello con el objeto de caracterizar el proceso de enseñanza, aprendizaje, evaluación y acompañamiento de los Residentes en las Residencias de Clínica Médica y comparar Residencias estatales vs privadas de Mendoza realizamos la siguiente investigación.

conformidad de los Residentes con su Institución.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, test exacto de Fisher, ANOVA. El criterio de significación fue establecido para un error alfa menor del 5% ($p < 0.05$).

En cuanto a si el servicio cuenta con Instructor residentes en el 95% de los casos la respuesta fue afirmativa y Jefe de Residentes en el 87%. Sobre las guardias se preguntó cuántos residentes compartían cada guardia: 4 Residentes 51%, más de 4 Residentes 23.5% y en el 15%, las guardias las hace un residente solo.

Durante la guardia tienen la posibilidad de consultar a un médico clínico de manera: pasiva (no presencial) 60.5%, de manera activa

o presencial 26% y no tienen posibilidad de consulta el 14% de los residentes.

En cuanto a la responsabilidad en la toma de las decisiones durante la guardia, el máximo responsable es el Residente superior de guardia en el 73%, el Jefe de Residentes o el Instructor de Residentes en el 23% y el residente de primer año en el 4%.

El 58% de los encuestados realiza atención de pacientes ambulatorios; de ellos, solos y sin supervisión 64.5%; supervisados y con posibilidad de consulta 31.5% y en conjunto con un Médico de planta 4%.

Las decisiones asistenciales son poco supervisadas por los Médicos de Planta en consultorio externo (Gráfico 2) mientras que, en la internación se aprecia mayor control de las decisiones tomadas por los residentes (Gráfico 3).

Con respecto al área de investigación los Residentes realizan: publicaciones en revistas científicas 63%, presentaciones orales en jornadas y congresos 96.5% y desarrollan proyectos de investigación en 91%; los cuales son originados en su centro en el 93% de los casos.

Se les preguntó acerca de las actividades que se realizan en su servicio: recorridos de sala y clases teóricas, ateneos, reuniones de mortalidad, reuniones bibliográficas, auditoría de internación, Ateneo de errores médicos, entre otros y la frecuencia con que las realizan. (Gráfico 4).

El 98% de los residentes encuestados no participa de una carrera de especialista en forma simultánea con la Residencia, mientras que el 26% participa de cursos de formación

continua, los cuales son solventados por la Institución en el 23% de los casos.

El mecanismo de selección de ingreso a la Institución fue mediante examen escrito 100%, y mediante examen oral, Curriculum Vitae y entrevista personal en el 6% de los encuestados.

Se les consultó sobre cómo son evaluados: al finalizar cada rotación mediante evaluación teórica 89% y práctica 51%; al finalizar cada año con evaluación teórica 96% y práctica 70%; al finalizar la residencia en forma teórica 82% y práctica 60% y no son evaluados de ninguna manera el 4% de los residentes encuestados. (Gráfico 5)

En cuanto al programa de Residencia, dicen tener programa escrito el 92%, lo conocen parcialmente el 52% y creen que se cumple satisfactoriamente el 48% (Gráfico 6).

Con respecto a cómo evalúan su Sede: se les preguntó por el compromiso y dedicación de los Médicos de Planta con su formación, respecto al compromiso de la Institución con el Sistema de Residencias, con la formación académica y capacitación que reciben (Gráfico 7).

Se les indagó sobre cómo perciben el Compromiso de los Médicos de Planta respecto su formación (Gráfico 8).

El análisis comparativo entre residentes de hospitales privados y residentes de hospitales públicos puede verse en la tabla 2.

Respecto a los ítems Reunión de Mortalidad, auditoría de epicrisis y Ateneo semanal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

La residencia médica como modalidad de formación tiene varias particularidades: está destinada a profesionales médicos recientemente graduados, los puestos se obtienen por concurso, es un sistema con dedicación exclusiva y tiene una duración de 4 años, si a Clínica Médica nos referimos en nuestra provincia.⁶

Se trata de una formación intensiva, en la que el joven profesional debe ir adquiriendo habilidades y destrezas en forma paulatina, con responsabilidad creciente a medida que transcurre el tiempo.

Todo esto se desarrolla en el ámbito real de trabajo del especialista, es decir que el residente “aprende a ser especialista” trabajando todos los días en un servicio con médicos experimentados que lo acompañan y forman.³

Mientras el residente se capacita y multiplica experiencias de actividad asistencial con pacientes reales, debe participar de actividades académicas y de investigación para lograr a lo largo de la residencia la adquisición de competencias propias de la

especialidad y así poder desempeñarse con experticia en el futuro.

En la provincia de Mendoza, (al momento de realizarse esta investigación) existen diez sedes con residencias de Clínica Médica de las cuales siete pertenecen a Hospitales Públicos y tres a Hospitales Privados, siendo mayor el número de plazas disponibles para los hospitales públicos.

En cuanto a la estructura de la sede, poco más del 80% refiere que cuentan con Comité de Docencia e Investigación lo cual es llamativo ya que esto puede expresar un desconocimiento por falta de interés de los usuarios o por poca presencia o visibilización de los Comités; puesto que en todas las sedes existen estos cuerpos colegiados, ya que se desempeñan profesionales de varias residencias del sistema de salud y su existencia es obligatoria para que pueda desarrollarse la mencionada formación. Además, la Ley 7857 del año 2008, Reglamento del Sistema de residencias en su capítulo V de apertura de residencias menciona que el Comité de Docencia de cada hospital debe ser el que apruebe en primera instancia el plan de estudios de cada residencia.⁶ Existe la posibilidad de que estas sedes hayan sido aprobadas previamente a la promulgación de esta ley, sin embargo, llama la atención que diez años después, se encuentren Hospitales con residencias sin Comité de Docencia e Investigación, que cumplen un rol esencial. Podemos hipotetizar que los residentes desconocen de la existencia de los Comités de Docencia de sus sedes debido a que éstos no desempeñan sus funciones de acompañamiento a la residencia y de supervisión sobre el cumplimiento de los objetivos y de las competencias de los programas de cada año de formación. Además, estos cuerpos colegiados tienen que hacer acatar la normativa, que en Mendoza es la Ley 7857, es decir que se respeten los derechos y deberes y de los Residentes y que se lleven a cabo adecuadamente las actividades académicas y los procesos administrativos incluidos, por ejemplo, la aplicación de las sanciones.

En cuanto al Comité de Ética en investigación (CEI) la situación es aún más interesante, ya que menos del 40% de los encuestados

reconoce en su hospital la existencia de éste. Podemos plantearnos si es que los residentes desconocen o si realmente no se dispone en su sede de dicho Comité. Aunque el mismo no es un requisito obligatorio para la conformación de la residencia, es importante su presencia ya que, a la hora de investigar, debería ser el encargado de analizar los proyectos de investigación propuestos. Fundamentalmente en lo relacionado con el consentimiento informado. En Mendoza, existe un órgano que controla la investigación por parte del estado, la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de la Provincia, además que la normativa nacional, Res 1480/MN y ANMAT 6677, propone que la investigación sea incumbencia en las instituciones de un CEI. De no existir, se hace cargo el Comité de Docencia e Investigación o un CEI de la región. En la encuesta no se recabaron más datos al respecto, por lo que no podemos inferir mayores conclusiones.

Respecto al Servicio al que pertenecen el 95% de los residentes encuestados reconoce que su residencia cuenta con la figura del instructor de residentes, aunque el porcentaje pareciera elevado, en realidad no lo es, ya que en situación ideal toda residencia debería contar con la figura del instructor. Muchas veces sucede que este lugar es representado por un médico de planta o el mismo jefe del servicio, aunque sin recibir remuneración para ello. Es probable que el 5% de los encuestados que no reconoce en su residencia a la figura del instructor sea porque este rol docente muchas veces no está tan delimitado en los profesionales de planta del servicio.⁷

Podemos observar que casi el 15% de los residentes encuestados no cuenta en su servicio con un jefe de residentes, figura de suma importancia para la formación del futuro especialista. El jefe de residentes es habitualmente un ex residente del servicio, que finalizó su estudio de posgrado y que guía en el día a día a los residentes para que adquieran habilidades y competencias en forma gradual, los acompaña en el proceso de aprendizaje, colabora con el instructor en la programación de las actividades académicas y supervisa para que las mismas se cumplan.⁸ El jefe de residentes, es quien conoce a cada residente y se asegura de que las

responsabilidades se vayan adquiriendo en la medida en la que cada uno esté en condiciones de adquirirlas, se encarga además de que se conformen buenos equipos de trabajo y se desarrollen las actividades en ambientes de compañerismo. Es éste profesional que, en ese rol docente, pasa más tiempo con los residentes, quien más los conoce, quien continuamente hace evaluaciones y devoluciones sobre su desempeño diario y quien emocionalmente los contiene, cuando los jóvenes médicos se ven desbordados por las experiencias vividas. Es por todo esto, que parece inconcebible la existencia de una residencia de Clínica Médica sin jefe de residentes.

Respecto a las guardias, surgen varios aspectos interesantes, por un lado, una de las respuestas más llamativas fue que el 15% de los encuestados, realizan sus guardias durante la residencia solos. He aquí una cuestión central, ya que desde el inicio el sistema de residencias se creó como un sistema de formación monitoreado, supervisado con acompañamiento, con responsabilidades que se adquieren en forma paulatina. Por eso resulta preocupante que un porcentaje importante de los residentes de clínica de nuestra provincia, realice guardias solo (hecho que no se da solo en esta especialidad). Si evaluamos en profundidad, sabemos que los centros en los que los residentes realizan guardias solos, lo hacen durante los cuatro años de residencia, lo cual empeora la situación. Y si pensamos que, si están solos durante la guardia, están solos a cargo de un servicio con pacientes internados y con los ingresos que pueden llegar a tener, sin haber adquirido la experiencia necesaria y sin haber estado acompañados en situaciones similares previamente. Las guardias son el mejor ámbito para el aprendizaje del manejo de la urgencia, pero siempre teniendo en cuenta que son parte de un sistema formativo y que requieren de estricta supervisión.⁸

Investigaciones similares demuestran que las "guardias" suelen ser un motivo de insatisfacción en relación a la formación, esto muchas veces asociado a la cantidad de horas de trabajo, a que no existe el "descanso post guardia" y al "estrés" que dicho momento conlleva, incluso los trabajos son dispares en

cuanto a considerar a las guardias como una buena instancia de aprendizaje.^{4,9,10} Aunque pareciera ser un problema local; en el trabajo de Meijide Miguez sobre residentes de medicina interna de Galicia, el 50% de los encuestados consideraba que las guardias no son formativas y el 78% creía que no tenían adecuada supervisión durante las mismas.¹¹ En Mendoza ninguna sede tiene guardias activas en los servicios de clínica de médicos de planta, a diferencia de lo que sucede en sedes de otras provincias.

Haciendo un análisis de algunas unidades formadoras, se puede ponderar que, en algunos casos, se encuentran en el servicio de emergencias y de terapia intensiva profesionales de trayectoria que pueden ser interconsultados y pueden evaluar pacientes o situaciones complejas que superen el asesoramiento que pueden recibir los profesionales en formación por comunicación telefónica. Pero se les preguntó a los residentes si durante la guardia podían consultar sus decisiones a algún médico clínico. El 60% puede consultar a un clínico en forma pasiva, esto habitualmente es telefónicamente al jefe de residentes o instructor. El 26% consulta en forma activa y esto es probablemente al médico que se encuentra en la guardia externa del hospital o al médico terapeuta que está de guardia en el área crítica. Pero un 14% de los residentes no tienen posibilidad de consulta durante la guardia.

Cuando se preguntó sobre la responsabilidad en la toma de las decisiones durante la guardia, los residentes respondieron que el máximo responsable es el Residente superior de guardia en el 73%, el Jefe de Residentes o el Instructor de Residentes en el 23% y el residente de primer año en el 4%, estos datos son alarmantes, ya que queda en evidencia la falta de acompañamiento de algunos residentes desde su inicio en la formación teniendo que hacerse cargo plenamente de las decisiones sobre los pacientes que tiene encomendados durante su guardia, sin posibilidad de consulta, sin experiencia, sin acompañamiento. Siendo esto una situación por demás delicada si se tiene en cuenta que sus decisiones repercuten directamente en la vida de los pacientes. Esto tiene además

injerencias legales, ya que, si bien el residente es un médico habilitado para ejercer la profesión en nuestro país, se encuentra en formación, por lo que tiene una relación de dependencia con sus superiores en lo académico como en lo asistencial. Esto significa que está obligado a actuar de acuerdo a lo que sus superiores le indiquen, teniendo en cuenta entonces que, si toma alguna decisión sin la debida autorización de sus instructores, se arriesga a asumir toda la responsabilidad médico legal que de ella se desprenda.²

De los residentes que hacen atención de pacientes en ambulatorio, más del 60% lo hace solo y sin supervisión, nuevamente queda a la vista una debilidad del sistema de residencia local en el acompañamiento y en la formación. Esto deja entrever que los residentes son utilizados para cubrir necesidades de la institución, la típica frase “usados como mano de obra barata”, resuelven la demanda asistencial, como si fueran especialistas formados, en detrimento de su aprendizaje supervisado. El entrenamiento debería transcurrir por una curva de aprendizaje que permitiera ir adquiriendo el razonamiento de cómo es el abordaje de un paciente ambulatorio con distinta complejidad. Sin asesoramiento continuo la fórmula ideal de la residencia de “aprender trabajando” pierde su primera parte.⁷

La supervisión laboral es un tema crítico asociado a las residencias médicas y es recurrente que en los estudios de encuestas surja la disconformidad por parte de los médicos en formación. La supervisión es una tarea que le es propia a todos los profesionales que trabajan en servicios que integran residencias médicas, aunque muchas veces esta tarea recae en los residentes superiores, que si bien, deben adquirir y desarrollar estrategias de supervisión, ésta es una competencia para la que muchas veces no son entrenados.⁷

Los supervisores deben evaluar las circunstancias en que se desarrolla el trabajo, detectar las barreras cotidianas y poder hacer modificaciones dinámicas en los programas y planes de trabajo para favorecer el aprendizaje y desempeño de los residentes, de

manera tal que éstos no tomen a la supervisión como un aspecto negativo y persecutorio, sino como un baluarte de su residencia y un aspecto más del acompañamiento durante su formación.¹²

Al evaluar el ítem de investigación, parece ser una fortaleza ya que más del 95% ha participado en presentaciones orales en jornadas y congresos y más del 90% desarrollan proyectos de investigación (que son originados en su centro en el 93% de los casos). Una deuda pendiente es la difusión de los nuevos saberes ya que en este trabajo se evidenció que no se publica todo lo que se investiga.

Las actividades académicas de este tipo suelen asociarse a mayor satisfacción con la formación, probablemente porque con estas actividades sienten que “los están formando”.^{9,10,10,11}

En cuanto a las actividades que realizan los residentes en sus servicios: recorridos de sala y clases teóricas, ateneos, reuniones de mortalidad, reuniones bibliográficas, auditoría de internación, ateneo de errores médicos, entre otros y la periodicidad con que las realizan; llama la atención la poca frecuencia con que llevan a cabo algunas actividades.

El 10% de los encuestados nunca realiza en su servicio reuniones bibliográficas, siendo esta actividad central en la formación del clínico, ya sea por la necesidad permanente de actualización que exige la medicina actual y la clínica médica en particular, como también para sustentar a la asistencia de los casos complejos con la lectura crítica.⁸

El 10% tampoco realiza en su servicio auditoría de epicrisis, tarea que permite evaluar al residente en múltiples competencias: pensamiento clínico, conocimientos sobre diferentes patologías, capacidad de integración de aspectos teóricos, hallazgos semiológicos, resultados de exámenes complementarios, terapéuticas durante la internación e indicaciones al alta. Pudiendo los tutores, hacer una devolución mediante una crítica constructiva ayudando a complejizar el pensamiento paulatinamente.

Es muy llamativo también que el 6% de los encuestados refiera que tiene clases teóricas sólo una vez por semana, cuando esta es una de las actividades académicas centrales de

una residencia médica, donde se actualizan los conceptos y se profundizan los conocimientos.⁸

La evaluación es una instancia más de la etapa formativa y por supuesto es necesaria en todo sistema educativo. En este sentido se preguntó a los residentes cómo son evaluados. La mayoría son evaluados en forma teórica, entre el 50 y 70% tienen evaluaciones prácticas en diferentes instancias de su residencia y lo más preocupante es que el 4% de los encuestados no son evaluados de ninguna manera en ningún momento durante toda su formación. Es importante tener en cuenta que la evaluación en el sistema de residencias es una evaluación continua de múltiples aspectos y que debe hacerse diariamente, mediante la observación y en estrecha relación con la supervisión de las actividades que le son encomendadas al residente y que deben ser contextualizadas, ya que se consideran factores propios al residente, a la situación clínica que se evalúa, al paciente, a las destrezas técnicas, etcétera.¹³ Por esto la evaluación debe generarse desde el acompañamiento y la supervisión y debe resultar más que en una nota, en una retroalimentación del tutor con el residente para identificar fortalezas y debilidades y ayudar al joven a mejorar a

medida que transcurre por su etapa de formación de posgrado.

En cuanto al programa de Residencia, los encuestados en su mayoría refieren que su Sede cuenta con un programa escrito, pero la mitad lo conoce parcialmente y la mitad cree que se cumple satisfactoriamente. La Clínica Médica es una de las especialidades, más antiguas, “la madre de la medicina”, por lo que sus conocimientos son vastos y sus programas son históricamente amplios. A la vez, es una especialidad que vive en permanente renovación y rejuvenecimiento con adquisición de nuevos saberes y competencias, por lo que mantener sus programas actualizados es todo un desafío.⁹

En cuanto cómo ellos evalúan su residencia y su Sede: se les preguntó por el compromiso y dedicación de los Médicos de Planta con su formación, compromiso de la Institución con el Sistema de Residencias, con la formación académica y capacitación que reciben y en general los residentes se muestran conformes con sus tutores, con sus instituciones sedes y con su formación. Esta situación también se ha visto reflejada en estudios similares realizados de encuesta de satisfacción a residentes en los que si bien, los residentes se muestran críticos en varios aspectos, en la valoración global de su residencia, se muestran satisfechos.⁵

CONCLUSIÓN

Las decisiones asistenciales de los residentes en la internación son supervisadas por Médicos de Planta en la mitad de los casos, y menos frecuentemente en Consultorio Externo. Cabe destacar que 1 de cada 3 residentes atiende solo y sin supervisión y solamente 1 de cada 5 tiene posibilidad de consultar. Más de la mitad ha realizado publicaciones científicas. En los servicios se realizan actividades académicas en un alto porcentaje, pero el 72% no reflexiona respecto a la mortalidad de sus pacientes. La mitad nunca ha hecho un ateneo de errores médicos. Las Residencias privadas investigan menos, tienen menos Comité de Docencia e Investigación y menos presencia de Jefe de Residentes e Instructor de Residentes. En las Residencias públicas hay menor compromiso de los Médicos de Planta. A pesar de esto un

alto porcentaje de los residentes está muy conforme con la formación académica.

Reflexión final

En las residencias médicas, es esencial que esté fijado el perfil profesional a formarse, alineado a la misión de la institución formadora y en consonancia con el programa de capacitación que dé respuestas a las demandas de la comunidad. En una institución y en un servicio formador con estructura organizacional e infraestructura que posibilite la formación y que otorgue igualdad de oportunidades para el proceso de enseñanza-aprendizaje de competencias disciplinares y genéricas, en el contexto del trabajo en equipo interdisciplinario. La adquisición de las competencias necesarias para poder ejercer una especialidad, se basa en el aprendizaje a través de la práctica profesional y por medio de la incorporación y profundización de

conocimientos teóricos. En cuanto al aprendizaje basado en la práctica profesional, sin dudas debe ser supervisado por profesionales idóneos, con casos de complejidad creciente a medida que se avanza en la formación. Las actividades incluyen diversas instancias de enseñanza – aprendizaje, que deberían ser llevadas a cabo también por docentes capacitados en esta función. En cada año de residencia se deberían adquirir y desarrollar distintas competencias que deben ser evaluadas y aprobadas, valoración que debería ser llevada a cabo por profesionales del mismo servicio que forma al residente y por miembros externos a la residencia (intra y extra institucionales), ponderando la gradualidad y articulación de las competencias adquiridas. En la formación es fundamental la supervisión y la evaluación de los conocimientos teóricos y prácticos. También se le debe brindar la posibilidad de investigar e incluso de identificar y procurar lo que necesitará para su trabajo cotidiano y su perfeccionamiento continuo, de ahí la importancia del aprendizaje del manejo de diversas fuentes bibliográficas, herramientas informáticas y el análisis crítico de la bibliografía médica.

Es imprescindible realizar investigaciones que permitan visibilizar realidades que muchas veces conocemos, percibimos y sospechamos,

Referencias bibliográficas

- 1.Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina, Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Américas N° 5. Washington, D.C.: OPS 2001.
- 2.Glorio R, Carbia S. Análisis histórico legal de las residencias médicas y el residente. *Dermatol Argent* 2014;20:67–71.
- 3.Duré I. Residencias Médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina* 2015;3:2–4.
- 4.Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor Zarzuelo M, Fernández Perez C, Marco Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clin Esp* 2014;214:175–83.

pero que al contar con datos que las demuestran nos incentivan y comprometen a trabajar para modificar estas circunstancias y mejorar hacia el futuro.

En Mendoza se ha iniciado un cambio, en primer lugar, con la Ley provincial que permitió el comienzo de un camino de evaluación y acreditación y después de varias pequeñas intervenciones, desde 2017 se ha comenzado con la re-formulación de los programas. Los nuevos programas se basan en el aprendizaje por competencias con la intención de cambiar esta realidad. Es mandatorio que todos nos involucremos para que los jóvenes profesionales adquieran no solo conocimientos, habilidades y destrezas realizando “un trabajo”, sino que se sume la adquisición de aspectos humanísticos, con actitudes, aptitudes y valores; que se los acompañe en el desarrollo y desempeño de estas competencias y que se los evalué para ver si las lograron o no, se les dé la oportunidad de cumplimentarlas y se los acompañe para alcanzarlas. Esto supondrá, en definitiva, mejoras en una realidad preocupante que no garantiza el desarrollo profesional ni la formación de talento humano para los ciudadanos receptores de la Salud Pública.

- 5.Moro J, Miguel Tejedor J, Zancajo JL. La calidad de la formación especializada a través de la encuesta de opinión de residentes. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21:82–6.

- 6.Ley de Residencias N° 7857. (Boletín Oficial Provincia de Mendoza, N° 28.184, 27 de junio de 2008).

- 7.García Melchor E. Problemas de los residentes: ¿cómo podemos solucionarlos? *Semin Fund Esp Reumatol* 2009;10:100–3.

- 8.Residencias del equipo de salud Documento Marco. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. 2011 Consultado 7 de Septiembre de 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf.

- 9.Pujol Farriols R, Nogueras Rimblás A. La Formación de los médicos residentes de

Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)* 2005;118:545–50.

10. Ríos A, Sánchez F, González L, Guerrero M. Factores de insatisfacción de los médicos internos residentes. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121:634-6.

11. Meijide Miguez H, Rabuñal Rey R, Martínez F. La Formación de Médicos Internos Residentes de Medicina Interna en Galicia: encuesta de opinión. *Galicia Clin* 2010;71:153–9.

12. Guadalajara Boo JF, Durante Montiel I, Ortigosa JL, Sánchez Mendiola M. Evaluación

y supervisión en educación médica. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. (Accessed 08/10/18). 14 p. (Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina). Disponible en: http://http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_02_ponencia.html

13. Rodríguez-Weber F, Díaz-Greene E. La supervisión, evaluación y calificación en la educación médica. *Med Int Mex* 2015;31:749–52.

ANEXO

Tabla 1

Variable	n=86 (%)
Género (n=86)	
Femenino	69%
Masculino	31%
Edad en años media (DE)	28 (3.4)
Estado civil	
Solteros	71%
Concubinatos	19%
Casados	10%
Tienen hijos	13%
En cuanto a la vivienda	
Viven con su familia de origen	42%
Son inquilinos	37%
Institución a la que pertenecen	
Pública	88%
Privada	12%
Relación contractual	
Beca	73%
Contrato	22%
Prestaciones	5%
Año de residencia	
Primero	39%
Segundo	21%
Tercero	19%
Cuarto	16%
Jefe de residentes	6%

Gráfico 1. ¿Su Sede cuenta con...?

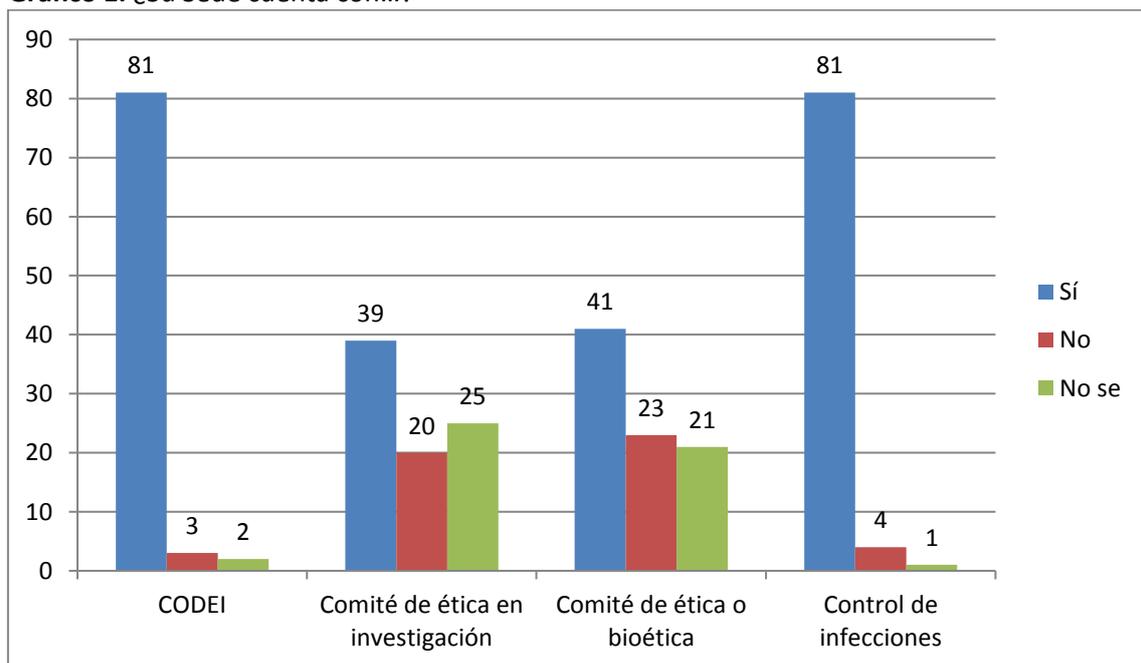


Gráfico 2. ¿En consultorio externo las decisiones asistenciales son supervisadas por Médico de Planta?

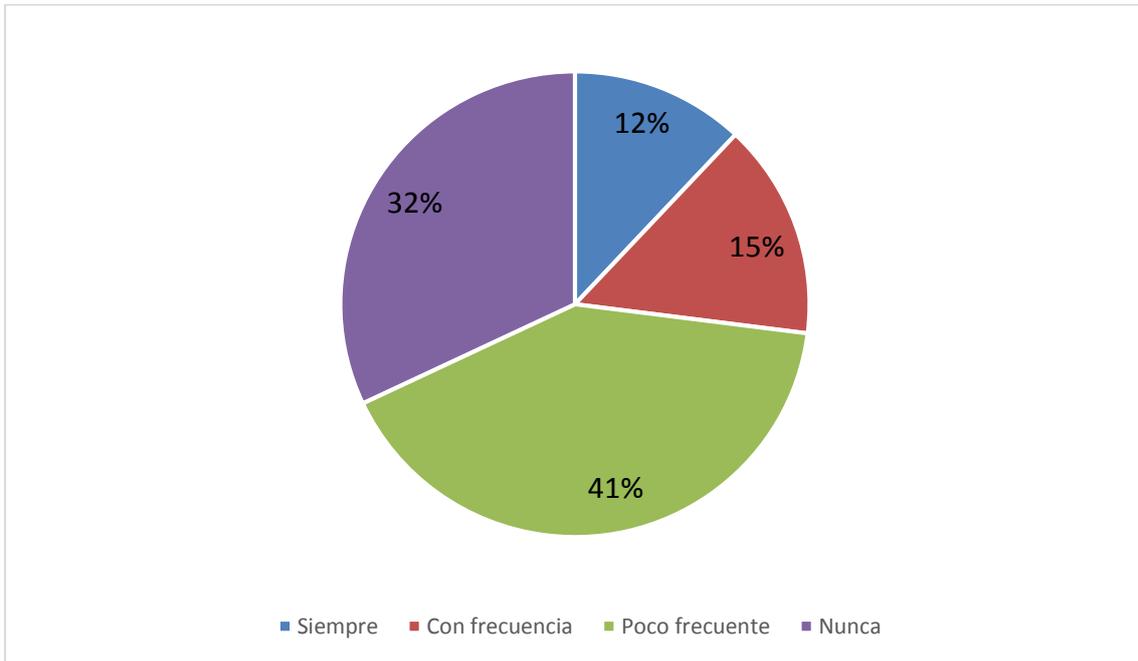


Gráfico 3. ¿En internación las decisiones asistenciales son supervisadas por Médico de Planta?

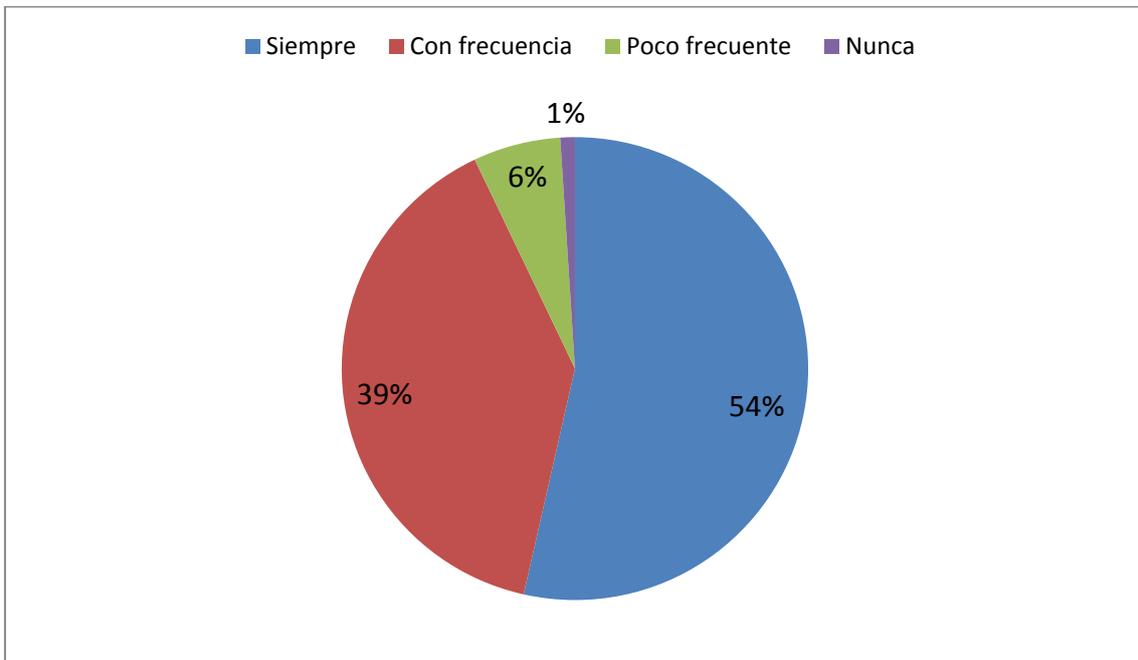


Gráfico 4. Actividades que se realizan en el servicio y frecuencia con que se realizan.

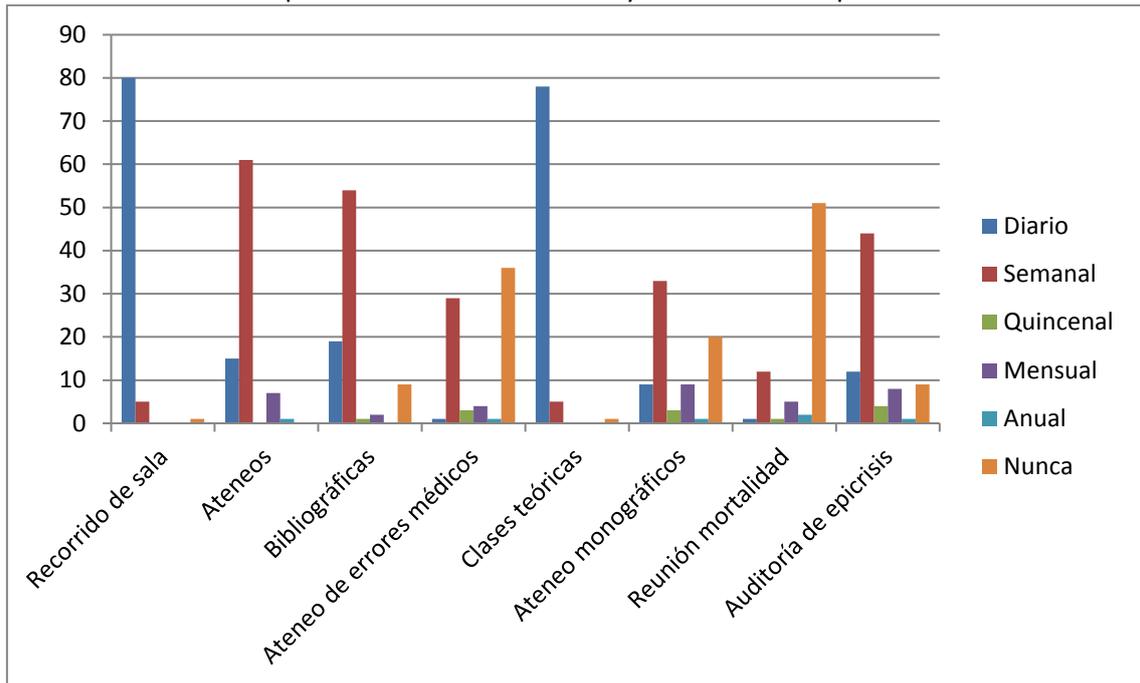


Gráfico 5. Evaluación

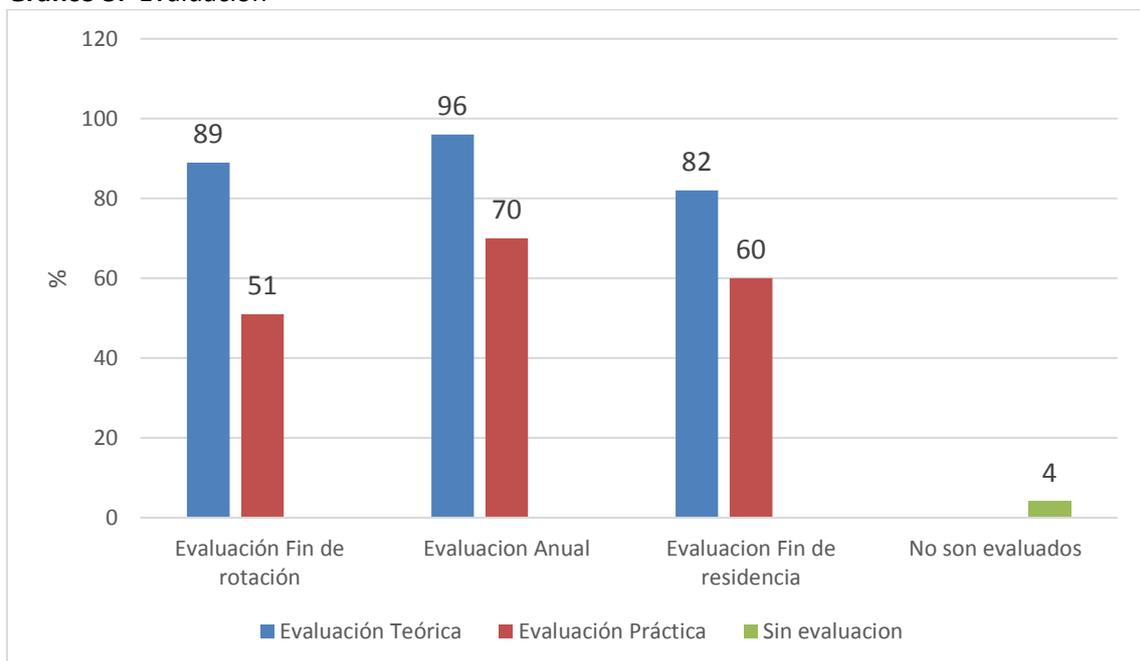


Gráfico 6. Programa de Residencia

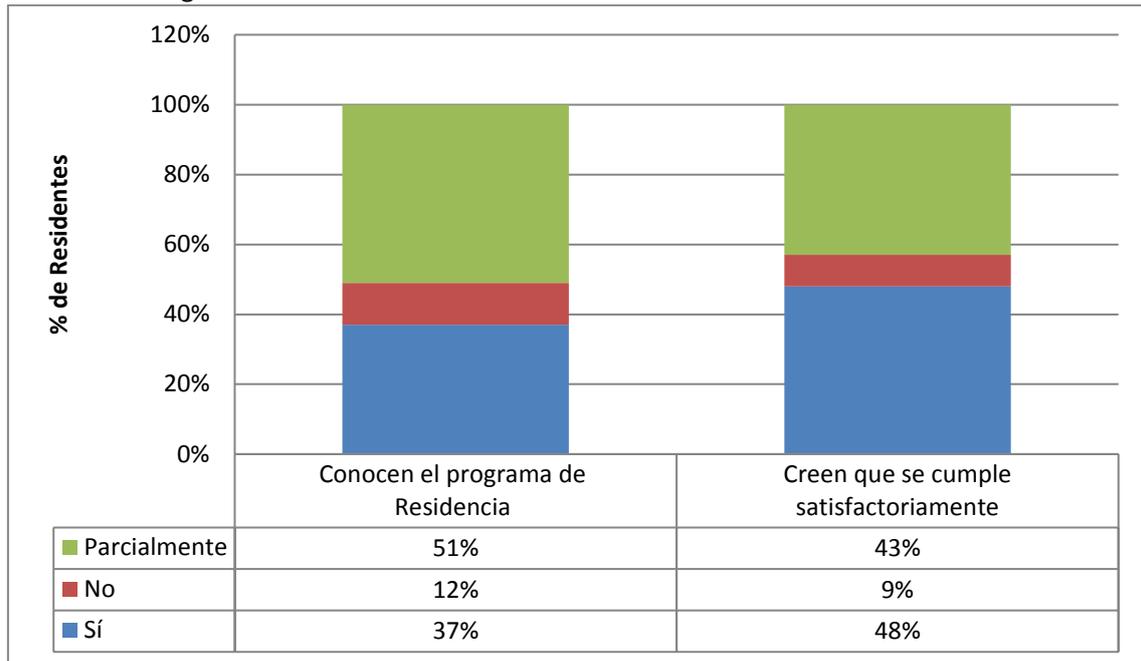


Gráfico 7. Evaluación de la Residencia

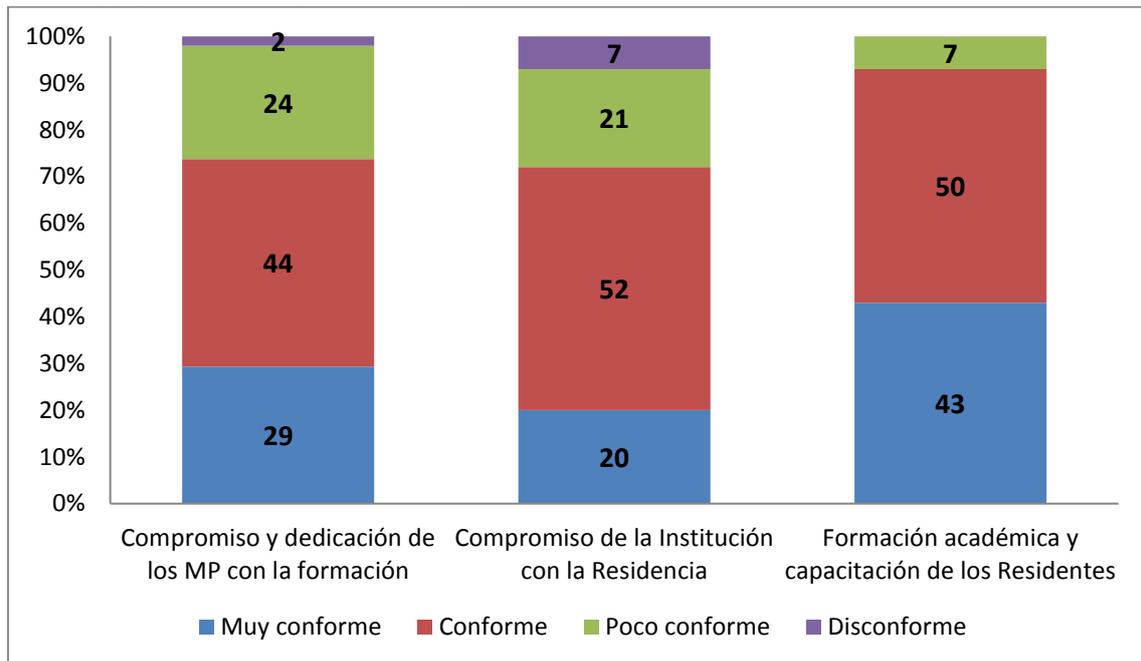


Gráfico 8. Comparativo Residencias de Sedes privadas vs Residencias de Sedes públicas: Compromiso de los Médicos de Planta con la formación de los Residentes.

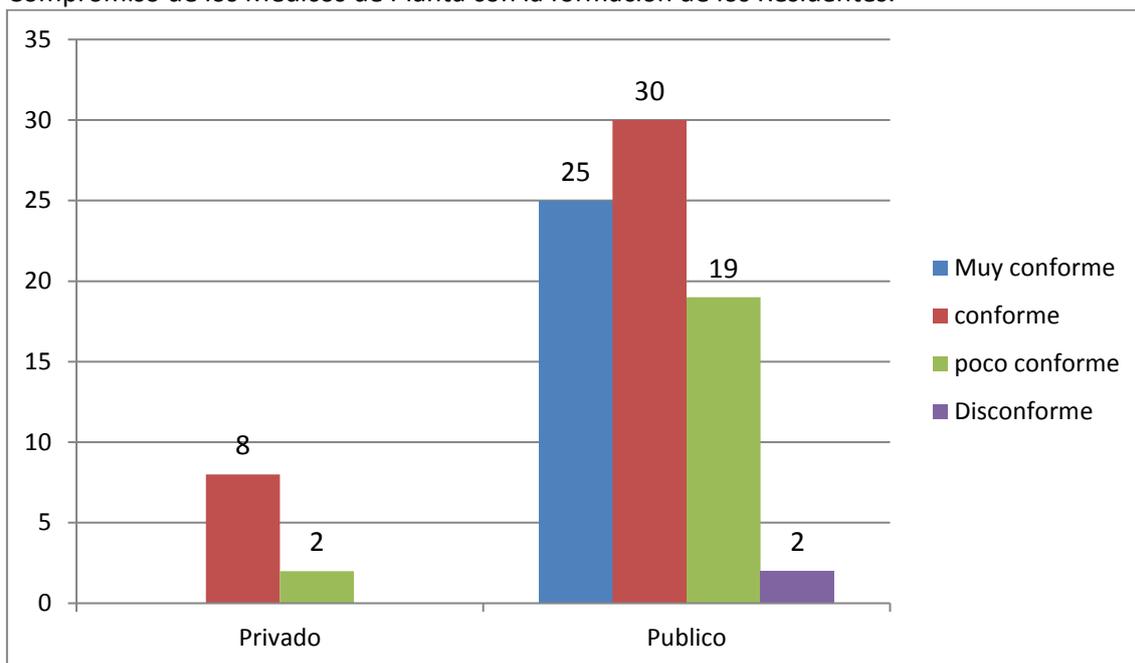


Tabla 2. Comparación entre Residencias Privadas y Públicas

	Residencias Privadas	Residencias Públicas	p
Media de residentes que comparten cada guardia	1.6±1.1	3.4 ±1.1	<0.001
Máximo responsable durante la guardia residente superior	40 %	75 %	0.03
Publicaciones en revistas científicas	30 %	68.5 %	0.03
Presentaciones orales en jornadas y congresos	90 %	97 %	NS
Desarrollan proyectos de investigación	60 %	95 %	0.005
Reunión Bibliográfica semanal	30 %	67 %	NS
La Sede cuenta con CODEI	80 %	99 %	0.03
Residencia tiene Instructor de residentes	70 %	99 %	0.004
Residencia tiene Jefe de Residentes	40 %	93 %	0.001
Son evaluados por listado de procedimientos	67 %	83 %	NS
Compromiso de la Institución con el sistema de Residencia (conforme)	40 %	53 %	NS