

FORMACION UROLOGIA DE POSTGRADO. OPINION DE LOS RESIDENTES

RESIDENCY PROGRAMS: RESIDENTS OPINIONS

Dres. Fefer, S.; Daels, F.; Schiappapietra, J.*

RESUMEN: *Objetivo:* Conocer la opinión de los médicos en formación respecto de sus propios programas educativos y también investigar cuál es la formación que reciben actualmente los futuros especialistas en Urología.

Material y método: Se enviaron cuestionarios a los jefes de residentes de 16 hospitales en que se desarrollan programas de residencia.

Resultados: Recibimos respuesta de 14 centros, 87% de los encuestados; faltan los datos de un establecimiento del interior del país y otro de la capital. Se publican las respuestas recibidas y se exponen cuadros que resaltan claramente la opinión de los residentes.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 62, N° 2, Pág. 74, 1997)

Palabras clave: Educación; Residencia.

SUMMARY: *Objectives:* To know residents opinion about their residency program and also to realize the present training of future argentinian urologists.

Material and method: Questionnaires were sent to be answered by the chiefs residents of sixteen hospitals.

Results: We obtained a response rate or 87%, the answers and tables that show chief residents opinions are exposed.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 62, N° 2, Pág. 74, 1997)

Key words: Education; Residence program.

INTRODUCCION

Dentro del programa del Curso de Urología organizado por el Hospital Italiano de Buenos Aires, desarro-

llado en noviembre del año pasado, tuvo lugar un almuerzo de trabajo en el cual se discutieron aspectos de la educación urológica actual, así como la necesidad de implementar ciertos cambios en el futuro.

Participaron de dicha reunión numerosos urólogos involucrados en la planificación de los programas de residencia, algunos como directores de las mismas y otro como integrantes del Comité de Residencias de la Sociedad Argentina de Urología.

También participaron otros médicos y profesionales abocados a la docencia.

Una invitación especial fue cursada a los residentes mayores (Jefes de residentes) de todas las residencias

* Servicio de Urología del Hospital Italiano
Gascón 450, (1181) Buenos Aires, Argentina
Tel. 959-0200

Aceptado para su publicación en septiembre de 1996

urológicas de las cuales teníamos conocimiento los organizadores del curso. A ellos se les solicitó previamente que respondieran a un cuestionario que se adjunta al presente trabajo.

A continuación se señalan y comentan las respuestas de los residentes.

MATERIAL Y METODO

Con treinta días de anticipación al almuerzo se enviaron cuestionarios a los jefes de residentes de 16 hospitales (12 de Capital Federal y 4 del interior del país).

Las respuestas fueron analizadas y se confeccionaron cuadros que resaltan claramente la opinión de los residentes.

Finalmente se realizan ciertas interpretaciones y formulaciones del tema en estudio.

RESULTADOS

Recibimos respuesta de 14 centros, 87% de los encuestados; faltan los datos de un establecimiento del interior del país y otro de la capital. Concurrieron al almuerzo 1 de los 14 residentes que habían respondido (78%).

Al analizar las respuestas encontramos los siguientes datos:

La duración de la residencia completa de Urología (pregunta 1) varía entre 3 años y medio y 5 años. Con mayor frecuencia dura 4 años (12 centros), donde se incluye un año de Cirugía General y tres de Urología. En todos los casos existe la posibilidad de otro año como Jefe de residentes. Los dos programas, con diferente duración, se distinguen por el período en Cirugía General: en un caso es de seis meses y en el otro de dos años.

Respecto de la existencia e importancia de rotaciones por Cirugía General, Clínica Médica, Terapia Intensiva y Medicina Experimental (preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 y 15), se destaca la rotación por Cirugía General en todos los programas de residencia, así como la ausencia de rotación por Medicina Experimental; ambas rotaciones son importantes a juicio de la totalidad de los residentes encuestados.

También existe gran consenso entre los residentes sobre la necesidad de rotar por una Unidad de Terapia Intensiva (11/14); tal rotación existe en sólo cuatro hospitales (3 meses).

Las opiniones están divididas sobre la utilidad de rotar por Clínica Médica; resulta importante para 5 médicos y carente de sentido para los 9 restantes.

Esta rotación se realiza actualmente sólo en un hospital.

Se resumen estos datos en el siguiente cuadro:

	Importante	No es importante	Hay rotación
Cirugía General	14	0	14
Clínica Médica	5	9	1
Terapia Intensiva	11	3	4
Medic. Experimental	14	0	0

Las preguntas 11 y 12 encuestaban sobre la utilidad de otras posibles rotaciones.

Fueron consideradas importantes Diagnóstico por Imágenes y Nefrología por 11 residentes cada una de ellas, y con menor consenso Cirugía Cardiovascular (7), Ginecología (6) y Anatomía Patológica finalmente por cuatro residentes. Ninguno de los 14 encuestados consideró importante Neurología.

Otras que se mencionaron aisladamente como rotaciones realizadas fueron Obstetricia, Anestesia y Urgencias en guardia externa.

Es importante destacar que Uro-Pediatria no se incluye aquí como rotación, ya que está incluida en las rotaciones específicamente urológicas.

Diagnóstico por Imágenes	11 residentes
Nefrología	11 residentes
Cirugía Cardiovascular	7 residentes
Ginecología	6 residentes
Anatomía Patológica	4 residentes
Neurología	0 residentes

La pregunta 16 pretende informarnos sobre la complejidad y composición de los Servicios de Urología donde se desarrollan las residencias. Si bien no se establecen juicios sobre el grado de profundidad y conocimientos con que se desarrollan las diferentes subespecialidades de la Urología (calidad), sí es importante saber que se practica la Uro-Oncología en todos los hospitales (14) que forman residentes: Disfunciones Sexuales y Urodinamia en 10 centros respectivamente, Andrología y Endourología en el 50% de los establecimientos encuestados (7), Trauma y Trasplante Renal en 5 hospitales cada uno y finalmente Uro-Pediatria en tres de ellos.

Cabe destacar que, a pesar de practicarse Uro-Pediatria en sólo tres hospitales, los residentes de nueve centros (65%) realizan rotaciones por esta subespecialidad.

Otro detalle importante es la cantidad de subespecialidades desarrolladas por establecimiento; se observa que en cuatro hospitales con programa de residencia se llevan a cabo sólo dos o tres subespecialidades, mientras que en los diez restantes se practican cuatro o más.

Estos hechos que mencionamos explican en gran

medida las respuestas a la pregunta 25 respecto de las subespecialidades en que se encuentra capacitado el residente, que en mayor o menor medida resultó ser: Endourología, Andrología, Pediatría, Trasplante y Urodinamia como respuesta única y en tres casos la respuesta fue "varias subespecialidades".

Subespecialidad	Hospitales que la practican
Oncología	14
Disfunciones Sexuales	10
Urodinamia	10
Andrología	7
Endourología	7
Trauma	5
Trasplante	5
Pediatría	5

Respecto de un programa único de residencia para todos los hospitales y la utilidad de implementar intercambios o rotaciones por otras instituciones (preguntas 19, 20 y 21), existió una aceptación prácticamente absoluta por parte de todos los encuestados. Sólo un residente se manifestó en contra del programa único.

En la pregunta 26 se cuestionó cuál es el área urológica que más les gusta, concentrándose la mayoría de las respuestas en Oncología (6 residentes) y Endourología (5 residentes). En menor medida fueron elegidas Uro-Pediatría, Disfunciones Sexuales y Neurourología con un adeptos cada una.

En respuestas posteriores se recalco la importancia de las Jornadas que anualmente se realizan en Mar del Plata, para Médicos Residentes de Urología, así como la necesidad de que el residente realice y presente trabajos científicos (preguntas 29 a 34).

Se cuestionó sobre el aprendizaje no médico que debiera tener lugar en la etapa de residencia (pregunta 35). Los encuestados optaron por Idiomas (13), Computación (12), Estadística (10) y Epidemiología sólo 5 residentes. En un caso se sugirió la inclusión de Bioética.

Fue muy variable el número de cirugías que se realizan anualmente en cada hospital, así como el porcentaje de las mismas que son practicadas por los médicos residentes. Las cirugías oscilaron entre 140 y 500 (no se especifica cualidad), y la práctica de residentes como cirujanos varió desde 40 a 95% según los centros (pregunta 37).

También varió la distribución del tiempo en las distintas actividades residenciales; fue mayoritaria la actividad residencial (60-90%; promedio 80%) y de menor carga horaria la actividad académica (10-40%; promedio 20%) (pregunta 38).

Por último, las preguntas 28 y 29 se refieren a la salida laboral, y aquí se destaca la incertidumbre de la mayoría de Jefes de residentes, que carecen de proyecciones futuras concretas. Sobre la redistribución de especialistas urólogos con residencia completa, se obser-

vó la permanencia de los médicos en su área geográfica, tanto en las residencias del interior del país como las desarrolladas en la Capital Federal. En estas últimas, un 85% de los médicos ejercen en capital o bien en Provincia de Buenos Aires.

Nueve residencias de Buenos Aires formaron 21 residentes: 10 ejercen en Capital Federal; 8 en Provincia de Buenos Aires; 1 en Tucumán; 1 en Mendoza y 1 en Santa Fe.

Tres residencias del interior del país formaron 9 residentes: 4 ejercen en Santa Fe; 2 en Córdoba; 2 en Mar del Plata y 1 en Cipolletti.

DISCUSION

Inicialmente es importante destacar la validez de consultar al individuo en etapa de aprendizaje sobre su propio programa de educación. Tradicionalmente la planificación del programa de estudio residió en el profesor, quien juzgaba los conceptos y la manera en que debía impartirse la enseñanza. Esta visión del profesor como fuente única de conocimientos ha ido cambiando junto con la concepción de que un alumno activo, compenetrado con los contenidos y el método de enseñanza, logra adquirir conocimientos en forma más rápida y por un período más duradero.

Por lo tanto, es importante que los residentes mayores evalúen su propio régimen de enseñanza e indiquen posibles errores y sugerencias; también son ellos quienes reconocerán los puntos débiles de su formación cuando al concluir la residencia se enfrentan al ejercicio independiente de la Urología.

Comenzaremos el análisis de los datos recabados focalizándonos en las preguntas 19, 20 y 21, que muestran unanimidad casi absoluta en solicitar un programa único de residencia para todos los hospitales y la aceptación de las rotaciones como herramienta para completar la formación.

Es muy importante este deseo de unificación, de no quedar excluido de ciertos temas que expresaron los Jefes de residentes con sus respuestas. Más aún si luego analizamos las preguntas 16 y 25, que evidencian las graves falencias que poseen ciertos programas de residencia en Urología. Se destacan cuatro programas donde los residentes se exponen solamente a dos o tres de las diferentes subespecialidades urológicas.

Con estos datos, cabe preguntarnos: ¿qué urólogos queremos?, ¿qué capacitación debe tener un urólogo? También debemos destacar que si bien la Uro-Pediatría se practica en sólo tres centros de los 14 encuestados, son 9 los Jefes de residentes que realizaron una rotación por dicha subespecialidad. Es decir que 6 de los 11 centros que carecen de Uro-Pediatría integrada en sus Servicios han diseñado una rotación externa (fuera del Servicio) para exponer al residente a esta subespecialidad.

¿Por qué prácticamente no se realizan rotaciones externas en otras subespecialidades? ¿Qué pasa por ejemplo con Endourología, Urodinamia y Andrología? ¿Acaso no son subespecialidades básicas para el urólogo?

Siguiendo el análisis, la pregunta 26 nos muestra una polarización respecto de la subespecialidad preferida: Oncología seis residentes, Endourología cinco y Pediatría, Disfunciones Sexuales y Neurourología con un residente cada una.

Los residentes optan frente a esta pregunta por alguna de las rotaciones que han experimentado.

Esta respuesta debe interpretarse en toda su magnitud y con visión de futuro.

La mejor estrategia para mantener unidas las subespecialidades que abarca la Urología es ocuparlas y por lo tanto es fundamental exponer a los médicos en formación a aquellas subespecialidades que se encuentran menos pobladas.

Sin embargo, el empleo de esta estrategia se ve dificultado por las respuestas dadas a las preguntas 28 y 29.

En ellas se destaca la difícil salida laboral y la limitada redistribución geográfica de los especialistas formados a través de un sistema de residencia, cualquiera que sea.

Hasta aquí hemos analizado el marco institucional en el cual se desarrollan las residencias y el contexto situacional económico-laboral de nuestro país.

Las preguntas restantes nos ilustran respecto de los contenidos que debiera tener un programa de residencia en Urología, según la visión de los Jefes de residentes encuestados.

Actualmente sólo la Cirugía General es una rotación extrauroológica presente en todas las residencias, con una duración promedio de un año. Ninguna residencia prevé una etapa en Medicina Experimental. Ambas rotaciones fueron juzgadas importantes por la totalidad de los residentes.

Vale la pena destacar la importancia de una rotación por Medicina Experimental que estimule el espíritu crítico y el criterio científico de los futuros especialistas. En cuatro instituciones se realiza rotación por una sala de Terapia Intensiva; esta rotación incluida en el año de Cirugía General brinda al residente conocimientos para el manejo de medio interno, respiradores artificiales, alimentación parenteral, entre otros temas. Once encuestados consideran a esta rotación importante. Clínica Médica fue considerada no importante por la mayoría de los residentes (9/14), a pesar de que el 78% de ellos (11/14) reconoce la necesidad de adquirir conceptos nefrológicos (preguntas 11 y 12) durante su residencia en Urología.

También serían útiles según los residentes rotaciones por Diagnóstico por Imágenes (11/14), Cirugía Cardiovascular (7/14), Ginecología (6/14) y Anatomía Patológica (4/14) (preguntas 1 a 15).

Completando la información de la encuesta sobre los contenidos no urológicos e incluso no médicos, es generalizado el deseo de incluir en la residencia el aprendizaje de Idiomas, Computación y Estadísticas (pregunta 35).

Actualmente estas herramientas son fundamentales para lograr una correcta interpretación y acceso a las fuentes de información. Probablemente su conocimiento sea en el futuro requisito para ingresar a un sistema de residencia, pero hasta que ello no ocurra, es esencial que el residente sea adiestrado también en estos campos.

Pretender incluir la totalidad de las rotaciones mencionadas previamente en un programa de residencias plantea dos posibilidades: alargar la duración de la residencia o bien reducir la duración de ciertas rotaciones para dar lugar a otras.

Es importante entonces reflexionar sobre la función de la residencia, fundamentalmente su papel en la formación de especialistas. En la actualidad, y ante el alto grado de subespecialización, un sistema de residencia no puede pretender más que formar médicos con amplios conceptos fundamentales de la especialidad en general (urólogos); pero de ninguna manera producirá expertos urodinamistas, andrólogos o endourólogos.

La dedicación exclusiva a una de las áreas de la Urología no puede encauzarse dentro de un programa de residencia cuyo objetivo debe ser la formación del urólogo básico, el urólogo capaz de resolver las patologías urológicas más frecuentes y también capaz de reconocer y derivar aquellas enfermedades complejas que requieran la atención de urólogos más entrenados en áreas específicas.

De esta forma estamos definiendo dos tipos de urólogos, el urólogo generalista y el subespecialista. Este último debe completar su formación luego de la residencia. Para ello habrá que diseñar programas de subespecialización (*Fellow*), que se podrán desarrollar solamente en ciertos hospitales que posean reconocida labor en la subespecialidad en cuestión y un flujo de pacientes en dicha área que posibilite el correcto adiestramiento del urólogo.

Por último, el número de cirugías (pregunta 37) y la distribución del tiempo que un residente destina para actividades académicas o asistenciales (pregunta 38) fue muy variable entre las distintas residencias. Sobre este punto cabe destacar la importancia de que el residente actúe como cirujano en un alto número de casos, así como la necesidad de respetar ciertas horas de actividad académica. Sin embargo, la exacta distribución del tiempo y la cantidad de cirugías operadas son datos que no se hallan estipulados para un programa ideal.

CONCLUSION

Creemos, en vista de las grandes diferencias existentes entre los distintos programas de residencia, que

SAU

es necesario diagramar un programa básico de formación urológica que deberá responder a la pregunta: ¿qué formación necesita tener un urólogo?

Tanto la respuesta a esta pregunta como el diseño de un programa básico de residencia son tareas que le corresponden resolver a un ente coordinador y regulador de la actividad urológica en nuestro país. Dicho ente, inexistente en la actualidad, deberá surgir de la unificación de la Sociedad Argentina de Urología con su par, la Confederación Argentina de Urología.

Las instituciones que lo deseen podrán presentar sus programas de residencia logrando la autorización para educar (acreditación) sólo aquellas que en sus programas de residencia incluyan los requisitos básicos expresados por el ente mencionado.

El desarrollo de dicho programa, el conjunto de rotaciones, podrá realizarse íntegramente en una institución o bien requerir rotaciones fuera de la misma.

Sólo a través de finalizar el programa de una residencia acreditada debiera poderse aspirar a la obtención del título de especialista en Urología que permitirá al médico la práctica urológica.

También sería importante diagramar la inserción laboral de los médicos que sean capacitados en este nuevo contexto, utilizando para ello la estrategia de ocupar los terrenos más desiertos de la Urología, así como los programas subspecializados mencionados.

Debemos planificar el futuro de la especialidad y uno de los pilares de dicho futuro se estructura durante el período de la residencia. Hay que darle al residente lo que él necesita y lo que requiere la Urología; pero NO ofrecerle tan sólo lo que podemos.

Encuesta para residentes

1. ¿Cuántos años dura su residencia completa de Urología?
2. Su residencia, ¿incluye una rotación por Cirugía General?
3. ¿Cuánto tiempo dura la rotación por Cirugía General?
4. ¿Le parece importante una rotación por Cirugía General?
5. Su residencia, ¿incluye una rotación por Clínica Médica?
6. ¿Cuánto tiempo dura la rotación por Clínica Médica?
7. ¿Le parece importante una rotación por Clínica Médica?
8. Su residencia, ¿incluye una rotación por Terapia Intensiva?
9. ¿Cuanto tiempo dura la rotación por Terapia Intensiva?
10. ¿Le parece importante una rotación por Terapia Intensiva?
11. ¿Qué otras rotaciones no específicamente urológicas realizó en su residencia?

12. ¿Le parece que la residencia debería incluir rotaciones por algunas de las siguientes disciplinas? Redondee todas las que considere importantes:
Ginecología Cirugía Cardiovascular
Neurología Anatomía Patológica
Nefrología Diagnóstico por Imágenes (Eco, Rayos, TC, etc.)
13. Su residencia, ¿incluye una rotación o experiencia en Medicina Experimental? (investigación básica).
14. ¿Qué duración tiene tal rotación?
15. ¿Le parece importante una rotación por Medicina Experimental?
16. Dentro de su Servicio, ¿cuáles de las siguientes subspecialidades urológicas se desarrollan ampliamente?:

Uro-Oncología	Disfunciones Sexuales	Uro-Pediatría
Andrología	Endourología (litiasis)	Transplante
Urodinamia	Uro-Trauma	Otros

17. ¿Le parece que todas ellas debieran incluirse en un programa de residencia?
18. Aquellas que no debieran ser incluidas, por favor aclarar las razones.
19. ¿Cree usted que todos los urólogos debemos tener la misma formación en la etapa de residencia?
20. ¿Debería existir a su juicio un programa único de residencia en Urología?
21. ¿Le parece útil un sistema de intercambio o rotaciones interhospitalarias?
22. Al concluir la residencia, ¿en cuáles de las mencionadas subspecialidades usted se siente capacitado para actuar en forma independiente?
23. ¿Podría explicar qué buscaba al ingresar a un programa de residencia en Urología?
24. ¿Encontró lo que buscaba?
25. ¿Cuáles siente que son sus "baches" dentro de la Urología?
26. ¿Qué área de la Urología es la que más le gusta?
27. ¿Podría decirnos en qué ciudades trabajan actualmente los últimos tres egresados de su residencia?
28. ¿Usted ya sabe dónde va a trabajar al finalizar la residencia?
29. ¿Le parecen importantes las Jornadas para Médicos Residentes en Urología que se desarrollan anualmente en Mar del Plata?
30. ¿Por qué?
31. ¿Su hospital participa regularmente en dichas Jornadas?
32. ¿Por qué?
33. ¿A usted le parece que el residente debe realizar trabajos científicos?
34. ¿Por qué?
35. Le parece que durante la residencia se deberían aprender temas extramédicos?
Redondee los que le parecen necesarios:
Estadística Computación Idiomas Epidemiología
36. ¿Qué aporta el residente a su hospital?

37. Le solicitamos, si está dentro de sus posibilidades, nos informe los siguientes datos epidemiológicos:
- * Número de cirugías realizadas en su Servicio en el año 1994.
 - * ¿Cuáles fueron las tres cirugías más frecuentes?
 - * ¿Cuáles son las tres consultas más frecuentes en consultorios externos?
 - * ¿Qué porcentaje aproximado de las cirugías son realizadas por los residentes?
38. Aproximadamente, ¿qué porcentaje de sus horas en el hospital dedica a las siguientes actividades: Actividad Asistencial y Actividad Académica?
39. ¿Cómo distribuye su tiempo dentro de cada una de estas actividades?

COMENTARIO EDITORIAL

Quiero felicitar a los autores por su iniciativa de presentar en esta Sociedad un trabajo sobre residencia, destinado a conocer la opinión de sus pares, y que servirá sin duda para formular propuestas y así también contribuir a mejorar el proceso educacional.

En mi carácter de comentador me veo obligado a hacer algunas aclaraciones respecto de los contenidos del trabajo, como por ejemplo que la encuesta debiera haberse extendido hacia los ex residentes, que en un cálculo rápido superan los 150 desde que se inició el sistema.

Esta sugerencia alcanza también al Comité de Residencias de la Sociedad, que debiera llevar un registro de los médicos residentes y de los ex residentes para mantener una comunicación, en especial con estos últimos, que sirva para valorizar el proceso de educación retrospectivamente.

Para intentar ordenar el comentario quiero destacar que la implantación de una residencia debe comenzar

con la *acreditación*, que se puede definir como "*testimoniar por medio de documentos fehacientes qué personas, Servicios o entidades están facultados para desempeñar una comisión o encargo*". A continuación se deben estipular las etapas del *proceso educacional*, que comprenden: a) Fijación de objetivos; b) Ordenamiento de la estrategia metodológica; c) Aprendizaje; d) Evaluación y e) Reajuste. Estas dos condiciones de acreditar y establecer el proceso educacional son indispensables para iniciar, desarrollar, controlar y modificar el sistema y fueron fijadas por el Comité de Residencias de Urología creado en el año 1990, que durante 1991 acreditó las residencias de los hospitales Alemán e Italiano. Quiero destacar que el programa adoptado en esa oportunidad fue el diseñado por el Prof. Carlos A. Sáenz y colaboradores para el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas.

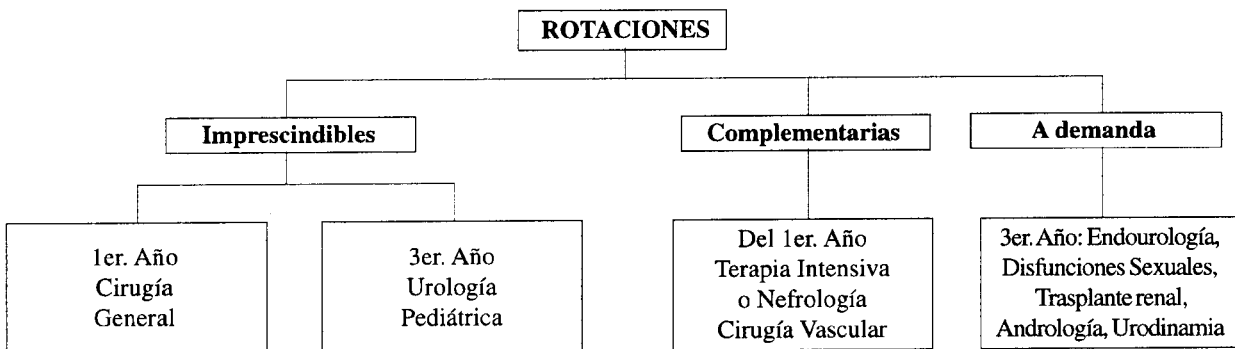
Rotaciones

Propongo el siguiente esquema [ver al pie de página]:

De este esquema surgen dos rotaciones que considero imprescindibles, como Cirugía General y Urología Pediátrica, y otras que llamo complementarias, como Terapia Intensiva o Nefrología y Cirugía Vascul, que se desarrollarán dentro del primer año y que están destinadas al conocimiento del medio interno y los problemas clínicos renales y al manejo quirúrgico de los vasos. Otras rotaciones que llamo posibles o a demanda son Endourología, Disfunciones Sexuales, Andrología, Trasplante Renal y Urodinamia, y surgirán del consenso entre el director de la residencia y el médico residente, si así corresponde de acuerdo con el programa.

La rotación por Urología Pediátrica en general es por cuatro meses; se hará en un hospital pediátrico y es fundamental para que el médico residente pueda afrontar las urgencias pediátricas. La rotación por clínica médica sólo se justifica cuando esta especialidad incluye Terapia o Nefrología.

RESIDENCIA EN UROLOGIA



El Diagnóstico por Imágenes no se debe considerar como rotación por formar parte de la base del diagnóstico urológico. Ginecología, Anatomía Patológica y Neurología tampoco son rotaciones, pero la relación del médico residente con esas especialidades a través de interconsulta o ateneos completarán su formación.

Otras, como Obstetricia, Anestesia, Bioética, Urgencia y Trauma, no se las puede considerar rotaciones, aunque las tres últimas integran el programa de formación. Es aconsejable el aprendizaje de un idioma extranjero para poder acceder a la bibliografía internacional. Es probable que la formación del médico residente se pueda completar con cursos de idiomas, computación, bioestadística, bioética y epidemiología organizados y realizados en la sede de la Sociedad Argentina de Urología en pos de centralizar esfuerzos docentes.

Si bien fueron encuestadas muchas subespecialidades como posibles rotaciones, coincido con los autores en que la mayoría de ellas deben ser realizadas en la postresidencia.

Programa

Hasta fines de la década del 60, en que fue disuelto, todas las residencias debían cumplir el programa y objetivos aprobados con el CONAREME (Consejo Nacional de Residencias Médicas), iniciándose a partir de allí un período de dispersión, sin directivas, que en varios casos ocasionó la desjerarquización del proceso educacional. Recién en 1989 se solicita a la Sociedad un representante que integre el Comité de Residencias Quirúrgicas de la Asociación Argentina de Cirugía, iniciándose a partir de allí una nueva etapa con el Comité de Residencias en Urología, destinado a unificar el funcionamiento de las residencias.

Medicina Experimental

Puede referirse a la práctica de cirugía experimental opcional en un bioterio con una infraestructura adecuada y planes de investigación, pero lo aconsejable es que el programa de residencia incluya la posibilidad de que el médico residente realice investigaciones de tipo clínico, quirúrgico, estadístico o epidemiológico.

Título de Especialista

La Sociedad Argentina de Urología es el único ente responsable que establece las condiciones para obtener el Título de Especialista en Urología.

Jornadas para Residentes

Será necesario que los médicos residentes se identifiquen y participen del Comité de Residencias con el objeto de insertarse en la Sociedad de Urología y bregar por la inclusión de temas de educación y formación de postgrado en todos los eventos programados por la Sociedad. Por otra parte, deben promover la organización de encuentros donde los médicos residentes sean

los verdaderos protagonistas, participando activamente de las actividades programadas.

Hubiera sido interesante incluir en la encuesta una pregunta destinada a conocer la opinión de los encuestados, incluidos los ex residentes, sobre si están de acuerdo con la metodología con que se llevan a cabo esas reuniones. Quiero recordar que se realizaron dos Jornadas para Médicos Residentes en el Hospital Ramos Mejía, donde los residentes fueron los verdaderos protagonistas, apoyados por los directores de programas, actuando como expositores, panelistas en las mesas redondas y responsables de la autoría de los trabajos leídos. Estas reuniones, que contaron con el interés y la presencia de todos los Servicios de Urología con residencia en ese momento, lamentablemente no se repitieron por lo discontinuo de las residencias en el ámbito municipal.

Otro objetivo a tener en cuenta es colaborar en la confección y participación de la presentación de trabajos en las sesiones científicas y congresos organizados por la Sociedad, ámbito natural para esas presentaciones.

Salida laboral

Es conocida la tendencia a pensar que el médico residente produce una mano de obra barata y esto es observado por algunas instituciones donde dirigen la carga horaria del proceso educacional hacia las tareas asistenciales, descuidando el conocimiento académico.

Lo que no es comprensible es que el dinero que gastan las instituciones en la formación del médico residente, que a su vez llevará a la obtención del título de especialista, no sea recuperado asimilando perfectamente la mayor cantidad posible de residentes.

En un futuro considero que el Comité de Residencias debería conocer y difundir las necesidades de especialistas en diferentes centros. Es un hecho que los especialistas urólogos tienden a agruparse en los grandes aglomerados urbanos, quizá por razones de infraestructura, como fuera demostrado en el trabajo realizado con el Dr. Norberto Fredotovich.

Conclusiones

Las residencias de la especialidad, con todos sus defectos, constituyen el mejor método educativo de formación para el postgrado inmediato y el requisito para la obtención del Título de Especialista en Urología.

La tendencia mundial es a privilegiar el sistema de residencias, como ejemplo de la docencia de postgrado, resultando poco creíble una especialización en Urología que no lo cumpla.

Las residencias implantadas deben, a través de sus directores y médicos residentes, integrar o participar del Comité de Residencias, para de esta forma poder canalizar sus inquietudes para mejorar el sistema y conseguir darle la solidez y seriedad que merece, con la supervisión de una entidad prestigiosa como la Sociedad que nos agrupa. Es probable que en un futuro la asociación

ción con otras sociedades científicas reemplace la recreación de un ente nacional, sin perder la Sociedad su protagonismo.

Considero indispensable que los médicos residentes tengan más presencia en las reuniones científicas de la Sociedad, presentando los pacientes, casos o trabajos que luego sean publicados en la revista y ayuden a consolidar sus antecedentes científicos.

Los programas debieran ser comunes a todas las residencias en duración y objetivos, lo que facilitaría el intercambio de médicos residentes para completar su formación.

Finalmente, el programa a desarrollar debe estar abierto a los cambios que se propongan al Comité para modificar los objetivos asistenciales, docentes, de investigación y producción científica, lo que hace a la dinámica del sistema y a la búsqueda incesante de la excelencia del proceso cultural.

Dr. Juan Carlos Irazu

*Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía
Urquiza 609, (1221), Buenos Aires, Argentina
Tel. 932-8858*