

Perspectiva del plan de estudios de la residencia de Neurología en Cuba

Perspective of the curriculum of the Neurology residence in Cuba

Pedro Luis Rodríguez García^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1559-4019>

¹Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Servicio de Neurología. Las Tunas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: plrdguezgarcia@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Proponer una perspectiva general del plan de estudios y de los principales documentos docentes para la residencia de Neurología en Cuba.

Desarrollo: Se analizan varios de aspectos del plan de la residencia de Neurología en Cuba. Primero se especifica el programa o plan de estudios oficial y las propuestas de cambios realizadas. Luego se consideran los criterios para la selección del centro docente-asistencial para la formación parcial o total. También se incluyen algunas aclaraciones sobre: la distribución de las rotaciones o estancias obligatorias para cada curso académico; los contenidos y módulos específicos en la función de atención médica; el horario laboral y de descanso; la relevancia de la actividad investigativa y la publicación de artículos; el sistema de evaluación y las prácticas negativas a evitar en su desempeño; y las diferencias entre el título y perfil asistencial de un especialista de primer y segundo grado. Finalmente, se anexan varios formularios para contribuir a la informatización eficiente de los documentos académicos.

Conclusiones: El artículo constituye una introducción al tema con propuestas para el perfeccionamiento de la docencia neurológica de posgrado. Es necesario que la directiva del Área de Docencia e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública fomente un consenso actualizado del programa o plan de estudio oficial de la residencia de Neurología en Cuba.

Palabras clave: educación profesional; evaluación educacional; examen de competencias; neurología; residencia.

ABSTRACT

Objective: To propose a general perspective of the curriculum and of the main teaching documents for the Neurology residence in Cuba.

Development: Several aspects of the Neurology residency curriculum in Cuba were analyzed. First, the official curriculum and the proposed changes were specified. Then the criteria for the selection of the teaching-assistance center were considered for partial or total training. Some clarifications were also included on the distribution of rotations or mandatory stays for each academic year; the specific contents and modules in the health care function; working and rest hours; the relevance of the research activity and the publication of articles; the evaluation system and the negative practices to avoid in the performance; and the differences between the title and care profile of a first and second degree specialist. Finally, several forms were attached to contribute to the efficient computerization of academic documents.

Conclusions: The stated principles should be valued as an introduction to the topic. It is necessary that Teaching and Research board of the Ministry of Public Health would promote an updated consensus of the official curriculum of the Neurology residence in Cuba.

Keywords: professional education; educational evaluation; skills test; neurology; residency.

Recibido: 01/02/2019

Aprobado: 02/07/2019

INTRODUCCIÓN

Los cambios mundiales en la Neurología y los problemas presentados en la formación de sus especialistas indican la necesidad de un análisis periódico e integral del programa o plan de estudios de la especialidad en Cuba. En la Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía (RCNN) se publicó en el año 2015 una propuesta de plan de estudios de la especialidad, enriquecido con múltiples aportes de docentes nacionales.⁽¹⁾ Esta propuesta se complementó con valiosos comentarios de profesores nacionales e internacionales: Dr. C. J. Gutiérrez Gil (neurofisiólogo clínico del Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana, Cuba), Dr. A. Robles Bayón (neurólogo del Hospital La Rosaleda, Santiago de Compostela, España), Dr. J. Matías Guiu (neurólogo del Hospital Clínico San Carlos,

Madrid, España), Dr. M. Serra Valdés (internista del Hospital General Docente “Enrique Cabrera” de La Habana, Cuba) y Dr. H. Álvarez Luna (neurólogo infantil del Hospital Pediátrico “José Luis Miranda”, de Santa Clara, Cuba).^(2,3,4,5,6)

Luego de cinco años, es preciso hacer una reseña de los múltiples problemas que aún persisten, aclarar de alguna manera las interrogantes realizadas por varios colegas sobre el tema y, además, contribuir a la informatización eficiente de los documentos docentes. Este artículo tiene como objetivo proponer una perspectiva general del plan de estudios y de los principales documentos docentes para la residencia de Neurología en Cuba.

PROGRAMA O PLAN DE ESTUDIOS OFICIAL DE LA RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA

El plan de enseñanza vigente para la residencia de Neurología fue presentado en el año 1979 y fue modificado en el año 1990. En él se establece que el estudio de la especialidad debe ser durante tres años. En septiembre de 2005 y octubre de 2006 se realizaron propuestas al Programa de especialización en Neurología para que la residencia tuviera una duración de cuatro y dos años, respectivamente, pero finalmente no se aprobaron. El Consejo Asesor del Rector (CARE) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, correspondiente a la especialidad de Neurología, propuso en 2014 un nuevo programa de la residencia, el cual luego de cinco años aún no ha entrado en vigor y tampoco ha sido publicado oficialmente.

Para superar este problema, los profesores principales de cada unidad docente-asistencial han realizado diversas variaciones al programa vigente para actualizarlo y adecuarlo a las situaciones concretas.⁽¹⁾ Hay que enfatizar que los programas académicos para ser efectivos deben conocerse por todos los actores implicados (residentes, docentes, directivos y rectores); este requisito no se cumple entre otros motivos por la dificultad que supone acceder a los textos normativos que se aplican en cada centro de educación médica superior (CEMS).

En el año 2015, un grupo de docentes publicaron en la RCNN una propuesta de programa de la especialidad de Neurología en Cuba que incluía el plan de enseñanza vigente y múltiples modificaciones para actualizarlo y hacerlo homólogo a varios planes de estudios internacionales.⁽¹⁾ Este artículo está disponible en algunos sitios web de instituciones científicas y docente-asistenciales nacionales de referencia. Sin embargo, las imprecisiones del programa docente vigente y su gran

variabilidad actual dificultan el cumplimiento uniforme de las obligaciones contraídas entre los residentes y sus profesores. La calidad del especialista que se forma depende del modo en que se implementa el programa educativo.

El diseño de los planes de estudios y programas de cada especialidad es responsabilidad de las comisiones nacionales de profesores o del CEMS que se designe a esos efectos.⁽⁷⁾ El profesor Dr. C. J. Gutiérrez Gil señaló con claridad que, para que las propuestas se incorporen eventualmente al programa, deben ser analizadas por el CARE correspondiente a esa especialidad. Es a este órgano a quien le corresponde oficialmente presentar al rector las modificaciones (propuestas).^(2,6) Los programas de especialidad, para poderlos implementar, una vez elaborados y propuestos por los integrantes del CARE, tienen que ser discutidos y aprobados por el rector y, posteriormente, por el ministro de salud pública.^(5,7)

SELECCIÓN DEL CENTRO DOCENTE-ASISTENCIAL PARA ESTUDIAR LA RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA

La selección del centro de educación médica superior para la formación se puede realizar teniendo en cuenta múltiples razones: solidez del programa, razón profesores–residente, razón pacientes–residente, tipo de centro de formación, recursos económicos, prestigio histórico, potencial científico y publicaciones realizadas, horario laboral, perfil asistencial “avascular” *versus* general.⁽¹⁾ Independientemente de estas razones, un criterio esencial (a mi juicio, el más importante) es el perfil académico de los profesores del CEMS que intervendrán en la adquisición de los conocimientos, aptitudes y habilidades expresadas en el programa de la residencia.

Para dirigir los procesos académicos y desarrollar con calidad la docencia e investigación de posgrado, es esencial disponer de al menos un profesor titular o auxiliar de la especialidad en el CEMS. Una tendencia ocasional es la acreditación de una unidad para todo el tiempo de residencia fundamentada en algunos docentes categorizados como instructores que asumen las actividades académicas en colaboración con especialistas jóvenes no docentes. Con esta actitud se incumple con las funciones reglamentadas para cada categoría docente y no se establece la diferenciación que debe existir entre ellas. Otra distorsión es que un profesor titular o auxiliar de alguna especialidad afín (por ejemplo, Neurocirugía, Medicina Interna o Neurofisiología) sea el profesor principal que posibilita la

acreditación formal de la residencia. Se fomentan así los programas y paradigmas ajenos a la especialidad.

Por lo tanto, una recomendación importante para los residentes o los docentes encargados es que se debe estar al menos el segundo y tercer año de residencia en un CEMS atendido por un profesor titular o auxiliar especialista en Neurología. En algunos centros asistenciales es posible que en el primer año los residentes tengan como tutor un docente instructor o asistente; de esta manera se garantiza cierta sostenibilidad de determinado servicio de Neurología. Sin embargo, cada CEMS debe aspirar a que las competencias del residente sean óptimas, y esto resulta imposible o difícil ante las distorsiones previamente señaladas.

Algunas rotaciones, estancias y módulos dependen de costosos recursos y de las habilidades de profesores auxiliares o titulares con experiencia de años y especial capacitación. Hay que comprender que esto implica la coordinación entre las unidades docentes más cercanas. Se debe tener en cuenta las posibilidades reales de alojamiento, los factores económicos y la valoración de las implicaciones que para el desempeño futuro entrañan el acceso a una unidad docente con mayores recursos.⁽¹⁾

En el caso específico de los médicos extranjeros interesados en una de las modalidades de formación académica posgraduada en Neurología (residencias, maestrías, cursos, etc.), se les sugiere consultar las opciones de centros docentes, el costo económico y otros aspectos con la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A. Para el médico nacional en régimen de residencia existe la posibilidad de trasladarse de manera temporal o definitiva de provincia o de unidad docente en una misma provincia por razones personales, familiares o institucionales. El traslado temporal se puede solicitar cuando el CEMS no está debidamente acreditado para desarrollar la especialidad o determinadas estancias o rotaciones, y estas deban ser por un periodo de seis meses o más.⁽⁷⁾

Queda por enfatizar que es impropia la acreditación formal de aquella unidad asistencial donde el programa y el reglamento de la residencia sufren interpretaciones subjetivas promotoras del facilismo. Como ejemplos concretos están: 1) La modificación sustancial del plan de estudio con acortamiento, solapamiento u omisión de rotaciones o estancias obligatorias, 2) El incumplimiento sistemático de las actividades académicas de la residencia (conferencias, seminarios, revisiones), 3) La no ejecución de la guardia médica y otras actividades docente-asistenciales con la periodicidad establecida, 4) La práctica de seminarios casi diarios o de evaluaciones periódicas por un profesional sin acreditación docente, 5) El favoritismo y otras relaciones éticamente cuestionables con el residente; 6) La omisión del proceso correspondiente ante una falta disciplinaria, 7) La intervención del tutor principal del residente

en la confección del cuestionario del examen de promoción o estatal, y 8) La ausencia de profesores especialistas en Neurología en el CEMS y en el tribunal del examen de promoción o estatal.

ROTACIONES O ESTANCIAS DE LA RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA

En el periodo de residencia se deben de cumplimentar las siguientes siete rotaciones obligatorias establecidas en el programa vigente: 1) Neurooftalmología (un mes), 2) Neuropatología (dos meses), 3) Neuro-imagenología (dos meses), 4) Neuropediatría (tres meses), 5) Electroencefalografía (dos meses), 6) Electromiografía (dos meses), y 7) Potenciales evocados (dos meses).⁽¹⁾ En total suman un periodo de 14 meses y se estima que cada mes consta de unos 30 días aproximadamente. El cumplimiento del tiempo especificado para cada rotación no determina la calidad de la docencia, pero al menos la permite. Es decir, respetar el tiempo es uno de los requisitos necesarios para una buena rotación. En contraste, mezclar rotaciones en el mismo periodo o reservar para el tercer año todas las rotaciones es incorrecto porque implica una reducción del tiempo de rotación y la fragmentación de los contenidos.

Las rotaciones obligatorias a tiempo completo constituyen el enfoque tradicional de la residencia. La rotación a tiempo completo generalmente se utiliza cuando el residente debe asistir a un servicio o CEMS diferente del que es matrícula oficial (como tendencia este se halla ubicado en otra ciudad). La rotación a tiempo parcial o estancia es el enfoque actual, donde se integran varias de las rotaciones de Neurofisiología clínica con el módulo correspondiente: 1) Epilepsia integrada a Electroencefalografía (tres meses), y 2) Enfermedades neuromusculares integrada a Electroneuromiografía y Potenciales evocados (tres meses).^(1,2) Además, es cuestionable la necesidad de una rotación completa en un servicio de Neuropatología, como señala Robles Bayon.⁽³⁾

También se planifica la estancia a tiempo parcial cuando determinado servicio no es funcional o tiene un mayor desempeño en determinado horario (por ejemplo: estancia en sala de Neurología en la primera mitad de la mañana y el resto del tiempo en el Departamento de Electroencefalografía). Esta organización cumple el principio de que las rotaciones de Neurofisiología clínica no se pueden concebir de manera independiente a la Clínica Neurológica (CN). El residente, en varias sesiones docente-asistenciales a la semana, informará electroencefalogramas o aplicará, por sí mismo, las

técnicas de electroneuromiografía.⁽²⁾ Para esto es conveniente la confección de un plan docente anual de la residencia (anexo 1).

Independientemente de la rotación o estancia, el residente debe cumplimentar la guardia médica física en el servicio de Neurología con la periodicidad establecida (no mayor de 7 días ni menor de 4 días) y participar en determinadas actividades docente-asistenciales generales (por ejemplo: discusiones clínicas, reuniones, conferencias, evaluaciones periódicas, etc.). Durante el periodo de rotación o estancia no se debe permitir la salida de vacaciones.

Se le sugiere al residente de Neurología que siempre opte por un periodo específico de estudio superior a los tres años. Las rotaciones electivas u optativas en un cuarto año de estudios constituyen parte del enfoque moderno sugerido para compensar la limitación de tres años de residencia de Neurología. Para su cumplimiento en Cuba, se requiere de la solicitud personal del residente y de la aprobación de un cuarto año de estudios por la directiva del CEMS. Las rotaciones electivas no se precisan en el programa vigente como requisito para obtener la certificación de especialista y podrían ser elegidas por el residente en dependencia de su interés y del criterio del tutor principal. Para el cuarto año de residencia es esencial el desarrollo de rotaciones específicas y completas de especial interés (como Neuropediatría en el hospital pediátrico nacional de referencia, Neurofisiología en el Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana, Neurología Investigativa en un laboratorio de Neurociencias). Hay otras capacitaciones específicas, de acuerdo con grupos de enfermedades (como la Medicina neuromuscular y Neurología vascular), que se realizan con estudios de posgrado después de terminada la residencia.

MÓDULOS DE LA RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA

El programa vigente no define módulos. En su lugar se emplea el término “contenidos de la especialización” los cuales se distribuyen, a grandes rasgos, de la siguiente manera:

- Clínica Neurológica (CN) I: Semiología neurológica, Epilepsia, Misceláneas neurológicas (siringomielia, hipertensión endocraneana, demencias, absceso cerebral, síndrome del ángulo ponto-cerebeloso, trauma craneoencefálico, trastornos del sistema nervioso central producidos por drogas y otros agentes químicos, hidrocefalia oculta “normotensa”, trastornos del sueño), Neuropediatría, Electroencefalografía, y Neuroftalmología.

- Clínica Neurológica (CN) II: Enfermedades cerebrovasculares, Misceláneas neurológicas, Imagenología y Neuropatología.
- Clínica Neurológica (CN) III: Enfermedades neuromusculares, Misceláneas neurológicas (esclerosis múltiple, trastornos del sistema nervioso autónomo y neuroendocrinos, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, traumatismo raquímedulares, enfermedades del sistema nervioso secundarias a deficiencias nutricionales, neuralgia esencial del trigémino), Electromiografía y Potenciales evocados.⁽¹⁾

Además, brinda otras dos posibilidades en el orden de los años de residencia: 1) CN II para el primer año, CN III para el segundo año y CN I para el tercer año, o 2) CN III para el primer año, CN I para el segundo año y CN II para el tercer año. Esta perspectiva tiene la ventaja de permitir el estudio uniforme y profundo de una CN para los residentes de diferentes años en el mismo curso académico. En el primer año de la residencia, independientemente del esquema, constituyen contenidos obligatorios los cursos de Neuroanatomía funcional (Neuroanatomía y Neurofisiología) y Semiología neurológica. El término “misceláneas neurológicas” se utiliza para referirse a los restantes contenidos asociados a las enfermedades principales de la CN, pero no se recomienda esta nomenclatura porque es ambigua y carece de significado concreto en la práctica neurológica mundial.⁽¹⁾ Asimismo, actualmente se prefiere el término Electroneuromiografía (Neuroconducción y Electromiografía) en la CN III, por ser más amplio y coherente en comparación con el usado en el programa antiguo.

En la propuesta del programa de la residencia publicada en el año 2015, se plantea la formación basada en competencias y la organización modular de los contenidos propios de la especialización (**cuadro**). Ambas perspectivas garantizan una formación más transparente, de calidad objetiva, actualizada, homogénea y homologable internacionalmente.

Cuadro - Propuesta del plan de módulos específicos de la residencia de Neurología

Áreas	Módulos específicos en la función de atención médica	Duración
Iniciales	Neuroanatomía funcional, Semiología neurológica, Neurogenética clínica, Neuroepidemiología	4 meses
CN I	Epilepsia y electroencefalografía	3 meses
	Cefaleas, dorsalgias y neuropatías craneales (incluye migrañas, cefaleas trigeminales autonómicas, neuralgia del trigémino, parálisis de Bell, síndrome del ángulo ponto-cerebeloso, trastornos de los sentidos especiales); Neurología cognitiva, de la conducta (Neuropsicología y Neuropsiquiatría, incluye delirio, demencia, amnesia, déficits por lesiones cerebrales focales, neurosis y psicosis) y de los trastornos del sueño; Neurofarmacología y Neurotoxicología (trastornos por fármacos y drogas ilícitas, alcohol y alcoholismo, toxicología ocupacional y ambiental)	2 meses
	Neurooftalmología (incluye semiología, trastornos aferentes y eferentes, trastornos de la órbita), Neuropediatría I (incluye semiología neuropediátrica, epilepsia, cefaleas, trastornos del neurodesarrollo)	1 mes cada una
CN II	Enfermedades cerebrovasculares (rotación en una Unidad de Ictus Agudo)	3 meses
	Trastornos del movimiento, del cerebelo y ataxias; Infecciones del sistema nervioso (incluye meningitis, encefalitis, absceso cerebral, sarcoidosis, neurotoxinas, enfermedades por priones); Trastornos de la circulación del líquido cefalorraquídeo y de la presión intracraneal (incluye hidrocefalia, edema cerebral y pseudotumor cerebral); Neuro-oncología (incluye neoplasias cráneo-encefálicas primarias y metástasis, síndromes neurológicos paraneoplásicos, complicaciones de la quimioterapia y de la radioterapia); Neurología y Medicina Interna (Complicaciones neurológicas de otros trastornos médicos, del embarazo y del puerperio)	4 meses
	Neuroimagen (Radiología y Tomografía, Resonancia Magnética, Angiografía y Neurosonología, Intervencionismo, Medicina nuclear), Neurointensivismo, Neurocirugía y Neurotraumatología	4 meses (3 meses de Neuroimagen)
CN III	Enfermedades neuromusculares (incluye los trastornos de los nervios periféricos, unión neuromuscular y músculos), electromiografía y potenciales evocados	3 meses
	Mielopatías (incluye mielitis, compresión medular, siringomielia, malformaciones espinales, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, paraplejías hereditarias) y enfermedades de la neurona motora; Disautonomías y trastornos neuroendocrinos; Neuroinmunología clínica y enfermedades desmielinizantes inflamatorias del sistema nervioso central (incluye esclerosis múltiple y neuromielitis óptica)	4 meses
	Neuropatología; Neuropediatría II (enfermedades pediátricas de la CN II, entre ellas, los trastornos neurometabólicos y neurocutáneos) y Neuropediatría III (enfermedades pediátricas de la CN III)	4 meses (2 meses de Neuropatología)
CN IV	Neurología Clínica hospitalaria (incluye las estancias clínicas esenciales y algunas rotaciones opcionales), o Neuropediatría IV (en un hospital pediátrico nacional de referencia), o Neurología Investigativa (en un laboratorio de Neurociencias)	11 meses

Se recomienda que al inicio de la especialidad el residente sea informado del plan de módulos específicos para cada curso académico. Cuando en el primer año se efectúa la CN II o la CN III se planifican los cuatro meses de las rotaciones o estancias relacionadas a cada CN en alguno de los

dos años siguientes. Una modificación que puede resultar conveniente en el primer año es la integración de los contenidos correspondientes a los módulos de Neuroanatomía funcional y Semiología neurológica clínica. Existen otras modificaciones posibles en relación con el orden de los módulos (por ejemplo: Trastornos de la circulación del líquido cefalorraquídeo y de la presión intracraneal en la CN I, y Enfermedades desmielinizantes inflamatorias del sistema nervioso central en la CN II), pero no es correcto fragmentar un módulo esencial (como epilepsia, cerebrovascular o neuromuscular) en dos años de residencia. Tampoco es conveniente programar todos los contenidos de la CN II o III en el primer año de residencia, pues implicaría condensar los contenidos fundamentales iniciales y, sin un entrenamiento adecuado, afrontar el estudio de los aspectos del ictus agudo, y las enfermedades del sistema nervioso periférico y neuromuscular. Lo óptimo sería incluir, en el tercer año, la rotación completa de Neuropediatría o cumplir un mes de rotación en el año del módulo de epilepsia y los restantes dos meses efectuarlos en el tercer año. El docente debe diferenciar los contenidos que corresponden al módulo de epilepsia de adultos y los que se reservan a la neurología infantil.

HORARIO LABORAL EN LA RESIDENCIA

El residente es un profesional del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que se considera como un trabajador. Debe realizar la guardia médica física con una periodicidad no mayor de siete días ni menor de cuatro días.⁽⁷⁾ El horario de trabajo se compone de 44 horas semanales (ocho horas de lunes a viernes y cuatro horas los sábados). Dada la afectación de 16-17 horas que implica la guardia médica, se reduce una hora diariamente a su labor. La carencia de un reglamento explícito ha conllevado a un exceso de horas laborales debido a la realización de la guardia médica (con la periodicidad mencionada) y el desempeño laboral diario.

Para compensar las anomalías existentes en el horario laboral del residente, se podrían concebir diferentes tipos o perfiles acorde a las necesidades concretas del servicio donde se desempeña.

Los ciclos compensatorios más distintivos son:

- Guardia de 24 horas seguida de tres días de descanso.
- Guardia de 24 horas seguida de dos días de descanso y tres días con siete horas laborables.
- Guardia de 16-17 horas seguida de un día de descanso, y un día y medio laboral.
- Guardia de 16-17 horas seguida de un día de descanso con tres días y medio laborables.

Los perfiles de guardia de 24 horas resultan preferibles en las unidades hospitalarias de atención al paciente grave o con un reducido número de personal. Es responsabilidad del residente conocer, antes de iniciar cada mes, el plan de guardias y sus días laborables. Asimismo, comunicar inmediatamente cualquier afectación o incoherencia que se pueda presentar en el plan de trabajo.

Las vacaciones se disfrutan por dos semanas cada cinco meses y medio de trabajo. Cada periodo de vacaciones se debe programar anualmente para que no coincida con las rotaciones o la fecha del examen modular o de promoción. Todas las solicitudes de vacaciones y las fechas de las rotaciones o estancias deben ser aprobadas previamente por el tutor principal y el jefe del servicio.⁽¹⁾ Un error del residente es hacer esas planificaciones sin la debida comunicación con el tutor principal. Otro es confundir el horario de trabajo con el dedicado a ciertas actividades académicas como el estudio independiente, la realización de revisiones bibliográficas o de cursos de posgrado. Por lo anterior es conveniente la confección mensual del plan de trabajo con el total de horas laborales para cada médico del servicio (anexo 2).

ACTIVIDAD INVESTIGATIVA DURANTE LA RESIDENCIA

La investigación es una actividad fundamental que debe evaluarse periódicamente y requiere de la iniciativa demostrada por el residente para su realización. El aspecto de mayor relevancia es el desarrollo de un Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE), acorde con un protocolo establecido en el primer año. El residente realizará presentaciones orales de cortes investigativos en los exámenes de promoción en el segundo y tercer año. Finalmente, entrega la tesis y la presenta en el examen estatal (anexo 3). Otros aspectos que precisan de un enfoque evaluativo anual en la tarjeta del residente son la asistencia a las actividades científicas de la especialidad, la presentación de los resultados de las investigaciones en actividades científicas, y la publicación de artículos científicos en revistas de la especialidad.^(1,8)

Robles Bayón ha comentado, acertadamente, que “las investigaciones sobre temas sin utilidad práctica o que ya han sido estudiados (y replicados), o con metodología inapropiada (que invalidará cualquier resultado) ocupan inútilmente a muchas personas en todo el mundo”.⁽³⁾ Un aspecto negativo para la residencia es la carencia de un plan nacional formal para la investigación en Neurología, basado en la estrecha integración de la investigación clínica y básica, en el que participen principalmente los

especialistas con interés en investigar. Es usual que cada institución o servicio de Neurología determine uno o varios proyectos de investigación de manera independiente, individual o autónoma. En ocasiones, los trabajos reflejan descripciones del comportamiento hospitalario o en consulta de una enfermedad y, en otros, se observan amplias investigaciones con una valoración superflua de múltiples problemas neurológicos inconexos. En ambos casos, los proyectos no obtienen resultados concretos visibles que impacten en el desarrollo de una línea investigativa.⁽⁸⁾

Actualmente, no se deben admitir investigaciones neurológicas con criterios diagnósticos incorrectos (por ejemplo: esclerosis múltiple sin estudio de resonancia magnética, epilepsia sin electroencefalografía y resonancia magnética, hemorragia cerebral sin tomografía de cráneo, infarto cerebral por aterosclerosis sin imágenes cerebrales y vasculares apropiadas, neuropatías periféricas sin electroneuromiografía). Tampoco se debe aceptar que el residente aplique el diseño con muestras muy grandes, con enfermedades infrecuentes, con valoraciones a largo plazo (más de un año), o que requiera de terceros o de costosos recursos para obtener la información de la muestra.⁽¹⁾ Son inadmisibles los diseños descriptivos demográficos simples (edad, sexo, color de piel y procedencia) y los retrospectivos basados en la revisión de expedientes clínicos porque conducen a sesgos importantes. Hay varios campos como la investigación epidemiológica y los resultados de las intervenciones en problemas de salud concretos que son factibles de realizar en los servicios de neurología y cuyos beneficios pueden ser muy relevantes.

La publicación de un artículo, ya sea de investigación original o una revisión bibliográfica actualizada en una revista científica de la especialidad, debe ser un requisito formal para poder efectuar el examen estatal de la residencia.⁽⁸⁾ Una distorsión ocurre cuando se considera como equivalente de una publicación la mera presentación de un trabajo para ser evaluado por una revista, o cuando no hay preocupación por la revista o el tema que se publica, y solo se piensa en cumplir formalmente con la publicación de algo. Es inaceptable la publicación de una investigación en algún sitio de monografías en Internet o en una revista “depredadora” porque aquí se obvia la imprescindible revisión por pares de expertos, y no existe interés por la originalidad y la calidad de los artículos. Asimismo, deben valorarse los diversos retos a la ética en que puede incurrir un profesional médico al realizar una comunicación científica.⁽⁹⁾

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA RESIDENCIA

El título de especialista implica la realización de un programa de formación y la demostración de conocimientos y capacidades durante las evaluaciones. Se establecen tres tipos de evaluación, según su propósito y el momento en que se producen:

1. Evaluación de curso (evaluación mensual)
2. Evaluación de promoción (examen de pase de año académico)
3. Evaluación de graduación (examen estatal).^(1,7)

El especialista en formación debe comprender que la evaluación periódica es el método para conseguir evidencias que demuestren que su progreso académico es adecuado, y es su responsabilidad que sean documentadas correctamente (anexos 4, 5 y 6). La forma evaluativa mensual se desarrolla fundamentalmente en la educación en el trabajo, así como en las clases, y es responsabilidad de los docentes que participan en la formación directa del residente (ya sea el tutor principal o los profesores de estancia, rotación o disciplina).

El tutor es fundamental para realizar actividades educativas y evaluaciones de curso suficientes para lograr que el residente adquiriera las competencias esenciales incluidas en el programa de formación. Usualmente se estima que el residente puede tener uno o dos tutores:

- Tutor principal. Es el docente de la especialidad, responsable máximo de la formación integral del especialista. Sus funciones son: 1) Brindar asesoría directa durante la mayor parte del tiempo de residencia, 2) Coordinar las estancias, rotaciones y el TTE, 3) Controlar el desarrollo del aprendizaje y las evaluaciones recibidas, y 4) Definir y programar las medidas para la superación de las deficiencias detectadas.⁽⁷⁾
- Tutor del TTE: Es el docente, especialista o investigador que, con experiencia en ese campo del conocimiento, orienta y controla el desarrollo del TTE. En algunos casos este tutor puede realizar también la función de Tutor principal.⁽⁷⁾

La evaluación de promoción y de graduación en Neurología comprende un examen práctico (anamnesis, examen y discusión de un paciente; interpretación de estudios de imágenes o neurofisiológicos; un procedimiento práctico o pase de visita), un examen teórico (respuesta oral a un

cuestionario de 8-10 preguntas que es escogido de forma cegada al azar) y la presentación de la investigación (el proyecto, una reseña de los resultados o el informe final del TTE) (anexos 7 y 8).⁽¹⁾

Por lo general, el residente tiene hasta cuatro horas para el desarrollo de la evaluación teórica. En caso de que requiera resolver ejercicios, puede utilizar hojas en blanco para hacer anotaciones. No se debe portar o utilizar durante el examen cualquier dispositivo electrónico, excepto los relacionados con discapacidades físicas. Es incorrecto ingerir alimentos (excepto el agua), intercambiar información con personas ajenas al examen durante su aplicación, o abandonar el área del examen sin autorización del tribunal.

Las evaluaciones teórico-práctica deben realizarse por docentes que no hayan participado directamente en la formación de los residentes que se examinan.⁽⁷⁾ Es decir, en este punto constituye una falta académica la evaluación por un tribunal integrado por el tutor principal o el tutor del TTE. Resulta inconveniente que dos grupos de profesores se intercambien o entrecrucen la evaluación de sus residentes porque influye la reciprocidad; también, la expansión del examen teórico con varias preguntas colaterales o adicionales.

Una modalidad observada recientemente y que todo especialista o residente de Neurología debe rechazar es la evaluación de promoción por varios profesores de otras especialidades afines (por ejemplo: Medicina Interna, Oftalmología, Neurofisiología) sin un docente titulado como neurólogo. Es paradójico un examen de promoción de Neurología sin docentes neurólogos. Son desviaciones la confección o conocimiento previo del cuestionario del examen por algún tutor, la selección del paciente en el examen práctico por el propio residente, o el consumo de “aperitivos” por el tribunal durante el examen. Todas estas prácticas corruptoras son promotoras del facilismo, irrespetan a los profesores neurólogos y, por tanto, la calificación final debe ser improcedente, al menos en términos éticos.

La adecuación de los requisitos por “excepción” o su inobservancia por los directivos del CEMS tiene repercusiones desfavorables inmediatas y en el futuro para el residente, a la vez que perjudica a terceros. Dichas prácticas negativas obstaculizan la consecución de los objetivos y competencias planteadas en el plan de estudios, constituyen una pérdida de recursos, fomentan los especialistas con vacíos formativos, y afectan el prestigio académico de todos los especialistas. Desde el punto de vista ético, los residentes y docentes deben abstenerse de la participación o cooperación con cualquier procedimiento violatorio del sistema de evaluación. Para prevenir el fraude es importante efectuar el control de la calidad de la docencia recibida y la auditoría periódica por un comité nacional de acreditación de las unidades docentes.

BIBLIOGRAFÍA A UTILIZAR POR EL RESIDENTE DE NEUROLOGÍA

El texto básico de la especialidad es el libro *Adams y Víctor, Principios de Neurología* de Ropper AH y otros (actualmente, en su décima edición en español, 2017), aunado a una serie de literatura complementaria de acuerdo con el módulo o contenido de especialización.⁽¹⁾ El residente debe siempre tener en cuenta que utilizar el libro y otras literaturas actuales no es suficiente para dominar a la perfección el contenido y, mucho menos, lo hace especialista. También hay que evitar el apego automático a la información comprimida y resolutiva de las guías y protocolos de famosas sociedades internacionales, sin reflexionar sobre los fundamentos de cada planteamiento y la realidad asistencial concreta. Es incorrecto el empleo exclusivo de la literatura cubana del siglo pasado o de la internacional actualizada, con la consiguiente minusvaloración del desempeño clínico diario y de las publicaciones de varios profesores nacionales sobre su experiencia en diversos temas de la Neurología.

Actualmente, es invaluable la facilidad de comunicación que brinda Internet, pero hay que comprender que esto no garantiza la calidad o veracidad. El contenido libre digital de “información científica” crece exponencialmente, pero este puede ser incorrecto o engañoso.⁽¹⁰⁾ No debemos subestimar el efecto que tienen en la medicina actual las “fake news”, “fake sciences”, “fake journals”, y “fake peer reviews”; tampoco, el efecto potencial en las publicaciones de los conflictos de intereses personales, sociales, económicos y políticos.

Las competencias en la atención médica, administrativa, investigativa y docente son aspectos pobremente abordados en los textos de Neurología. Con el desempeño clínico se debe adquirir y demostrar una alta responsabilidad, disciplina, ética, relaciones humanas, capacidades comunicativas y de trabajo en equipo. Una lectura especial merece las múltiples máximas clínicas o axiomas recogidas por Louis R. Caplan en 1982, a partir de la observación del trabajo de C. Miller Fisher (1913-2012), un neurólogo clínico con una sagacidad diagnóstica legendaria. Una regla relevante es que “la cabecera del paciente es tu laboratorio”.⁽¹¹⁾ Hay que venerar el método anatomo-clínico como fundamento de la Neurología moderna y enfatizar que la calidad del aprendizaje del médico residente es proporcional a la cantidad de pacientes atendidos con la tutoría directa de un profesor de la especialidad. Como Sir William Osler (1849-1919) había observado: “estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es

navegar en un mar inexplorado, mientras que estudiar los libros sin los pacientes es como no ir al mar".⁽¹²⁾

DIFERENCIAS ENTRE EL TÍTULO Y PERFIL ASISTENCIAL DE UN ESPECIALISTA DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE NEUROLOGÍA

A nivel internacional existe una amplia confusión entre el título de especialista de primer y segundo grado que se aplica en Cuba. Esto se debe a que, generalmente, no se utiliza esta distinción y, por lo tanto, se llega a estimar erróneamente que el título de segundo grado es de un menor nivel que el de primer grado. Mediante el Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud, dirigido a los profesionales que egresan de las carreras del Sistema Nacional de Salud (SNS), se forman los especialistas de primer grado.⁽⁷⁾ El título de especialista de segundo grado lo pueden obtener los profesionales formados en el SNS que sean especialistas de primer grado en dicha especialidad o que, de manera excepcional, sean especialistas de primer grado en una especialidad diferente, pero están vinculados al ejercicio de la especialidad que aspiran.⁽¹³⁾

Otras diferencias radican en los requisitos específicos para la titulación y el salario correspondiente. El título de especialista de primer grado se otorga luego de un periodo de 3-4 años según la especialidad, y en correspondencia con la demostración de las competencias señaladas en el plan de estudios (contenido de especialización). En contraste, para la obtención del título de especialista de segundo grado se establece un periodo mínimo de tres años desde la adquisición del título de primer grado (o de cinco años en los casos excepcionales), y no hay que cumplir con un plan de estudios específico. El segundo título requiere de la constancia de los aportes del aspirante al desarrollo de la especialidad y un alto nivel científico-técnico y profesional alcanzado con posterioridad a la obtención del título de primer grado.⁽¹³⁾ Desde julio de 2019, el salario mensual de un médico especialista de segundo grado es de 1850 pesos cubanos, mientras que el médico de primer grado recibe 1740 pesos cubanos.⁽¹⁴⁾

Un aspecto paradójico es que no aparecen documentadas las diferencias en cuanto al perfil asistencial del especialista de primer y de segundo grado. Este problema distorsiona el debido respeto del nivel científico-técnico y profesional. Además, potencia la confusión señalada al inicio e imposibilita la atribución de un perfil de funciones asistenciales específicas. Mientras persista esta ambigüedad, es

recomendable considerar el título de especialista de segundo grado como un escalón hacia categorías docentes y científicas superiores.

Tampoco en el programa de formación vigente se diferencian los perfiles asistenciales del especialista de Neurología, según la capacitación y ubicación laboral específica. Este factor tiende a influir en la resistencia del especialista de primer grado hacia los roles específicos de la Neurología moderna. El neurólogo general se enfoca en la atención comunitaria de los problemas neurológicos sin distinción de edades, y su principal actividad laboral es la consulta del policlínico (Atención Primaria de Salud). El neurólogo clínico implica un mayor nivel profesional (como un cuarto año de residencia o la especialización de segundo grado), se ubica en centros hospitalarios y, generalmente, adopta el perfil de consultor clásico para la atención de los pacientes adultos. Los neurólogos clínicos deben practicar la Neurofisiología Clínica, como parte integral de su trabajo clínico. Un perfil emergente es el neurólogo hospitalario que se desarrolla sin la responsabilidad de la consulta externa para permitir adecuados estándares de calidad en un ámbito específico de la asistencia neurológica (como en la unidad de ictus agudo). El neurólogo infantil o neuropediatra requiere de un periodo adicional de capacitación específica de un año académico para enfocarse en la atención de los problemas neurológicos en la edad pediátrica. Su ubicación laboral es en hospitales pediátricos y centros de referencia. El neurólogo investigador trabaja en centros de investigación y precisa de un año de formación en investigación básica enfocada en las neurociencias clínicas.

CONCLUSIONES

En el presente artículo se realizan varias aclaraciones sobre aspectos pendientes, a raíz de la publicación en el año 2015 de la propuesta de Programa de la residencia de Neurología en Cuba. Es necesario que la directiva del Área de Docencia e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública fomenten un consenso actualizado del programa o plan de estudio oficial de la residencia de Neurología en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez García PL, García García RJ, Betancourt Nápoles R, Bender del Busto JE, Aguilera Pacheco OR, Ortega Santiesteban O, et al. Propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado 15/1/2019];5(1):56-98. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/158>
2. Gutiérrez Gil JV. Comentario sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado: 15/01/2019];5(1):99-100. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/160>
3. Robles Bayón A. Comentarios sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado: 15/01/2019];5(2):186-9. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/171>
4. Matías-Guiu J. Comparación entre el plan de formación de neurología en España con la propuesta de plan de estudios para Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado: 15/01/2019];5(2):190-4. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/172>
5. Serra Valdés MA. Sobre la publicación de la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado: 15/01/2019];5(2):195-6. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/173>
6. Álvarez Luna HR. Reflexiones sobre la propuesta de programa de la residencia de neurología en Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2015 [citado: 15/01/2019];5(2):197-8. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/174>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Reglamento del régimen de residencia en Ciencias de la Salud. Resolución Ministerial No. 108/2004. La Habana 24/08/2004 [citado: 30/01/2019]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=228>
8. Rodríguez García PL. Estrategias y prioridades para la publicación científica de Neurología y Neurocirugía en las revistas médicas cubanas. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2017 [citado: 15/01/2019];7(1):81-98. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/259>
9. Rodríguez García PL. Ética en las comunicaciones científicas. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2019 [citado: 02/07/2019];9(1):1-14. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/277>
10. Haug CJ. No free lunch - What price plan S for scientific publishing? N Engl J Med. 2019;380:1181-5. DOI: 10.1056/NEJMms1900864

11. Caplan LR. Fisher's Rules. Arch Neurol. 1982;39:389-90.
12. Bennett Bean R. Sir William Osler, Aphorisms from his bedside teachings and writings. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, Publisher; 1961.
13. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Reglamento para la obtención del segundo grado en las especialidades en Ciencias de la Salud. Resolución Ministerial No. 132/2009. La Habana, (Cuba); 29/06/2009 [citado: 30/01/2019]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=192>
14. Rodríguez Martinto J. Aumento salarial beneficiará a todos los trabajadores del sector presupuestado. Agencia Cubana de Noticias. 2 de julio de 2019 [citado: 02/07/2019]. Disponible en: <http://www.acn.cu/cuba/46650-aumento-salarial-beneficiara-a-todos-los-trabajadores-del-sector-presupuestado-fotos>

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.