Investigar para aprender o para cumplir: repensando la tesis en las residencias médicas

Research to learn or to fulfill requirements: rethinking the thesis in medical residencies

"La investigación es curiosidad formalizada. Es indagar y explorar con un propósito".
Zora Neale Hurston

En este número se publica una carta al Editor que incomoda de manera productiva: ¿debe ser obligatoria la tesis en las residencias médicas? La pregunta no es trivial. Durante décadas, la tesis ha funcionado en muchas sedes de formación de especialistas como un rito de paso: se espera que el o la residente sobreviva a la carga asistencial, cumpla con guardias, consultas, notas, procedimientos, actividades académicas y, además, produzca un trabajo de investigación. La intención es defendible, el resultado, con frecuencia, no lo es. La discusión no debería plantearse como una dicotomía simplista entre "investigación sí" o "investigación no", sino como una pregunta curricular más compleja: ¿qué tipo de actividad académica queremos que realicen los residentes, con qué propósito, con qué apoyos, con qué estándares éticos y con qué consecuencias formativas?

El propósito central de una residencia médica es formar especialistas clínicamente competentes, capaces de atender personas y comunidades en escenarios reales, inciertos y cambiantes. Sin embargo, la competencia clínica contemporánea no puede separarse del pensamiento crítico. La práctica médica exige localizar, evaluar y aplicar evidencia científica; reconocer los límites del conocimiento disponible; identificar problemas del sistema de atención; y mejorar la práctica propia de manera continua. En ese sentido, la investigación durante la residencia no es un adorno académico ni una concesión a la universidad: puede ser una vía potente para desarrollar curiosidad, rigor, juicio crítico, alfabetización científica y compromiso con la mejora de la atención.

Pero afirmar que todos los especialistas deben entender la ciencia no equivale a afirmar que todos deban producir, en condiciones adversas, una tesis tradicional de investigación original. Esta distinción es fundamental. La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023 establece que los médicos residentes deben realizar durante la especialidad "cuando me-

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

nos un trabajo de investigación en salud", de acuerdo con los lineamientos de la institución de salud, la institución de educación superior y la unidad médica receptora[1]. La norma, por tanto, abre un espacio interpretativo. No obliga necesariamente a defender una tesis homogénea ni a imponer un formato único; permite discutir qué debe entenderse por trabajo académico válido en el contexto de una especialidad médica.

La experiencia internacional también invita a ampliar el marco conceptual. El Consejo de Acreditación de Educación Médica de Posgrado de EUA (ACGME, por sus siglas en inglés), establece que los residentes deben participar en actividades de desarrollo académico o *scholarship*, pero reconoce que estas pueden incluir descubrimiento, integración, aplicación y enseñanza; además, señala que la actividad académica de cada programa debe reflejar su misión y las necesidades de la comunidad que atiende[2]. Esta formulación es valiosa porque desplaza la pregunta desde "¿hizo una tesis?" hacia "¿participó en una actividad académica rigurosa, pertinente, supervisada y útil?". No es lo mismo exigir un producto burocrático que formar un hábito intelectual.

Los argumentos a favor de mantener a la investigación en las residencias son atendibles. La investigación puede acercar al residente a problemas clínicos relevantes que surgen de la práctica diaria; favorece la lectura crítica; fortalece la comprensión de sesgos, diseño de estudios, estadística y ética; y puede abrir trayectorias hacia la medicina académica. También puede generar conocimiento local sobre poblaciones, procesos y resultados que rara vez aparecen en la literatura internacional. Para hospitales con vocación docente, la investigación de residentes puede contribuir a una cultura institucional de cuestionamiento y mejora. Incluso se ha reportado una asociación positiva entre publicaciones de residentes y medidas de desempeño clínico durante la residencia, lo cual sugiere que la actividad académica bien integrada no necesariamente compite con la competencia clínica[3]. La interpretación de este estudio debe ser prudente ya que asociación no es causalidad, y no todos los programas tienen el mismo contexto. Aun así, el dato ayuda a cuestionar la idea de que investigar es, por definición, una distracción de la formación clínica.

Los argumentos en contra de la obligatoriedad de la tesis también son legítimos. El problema no es la investigación, sino la exigencia de investigación en condiciones no ideales. Una tesis obligatoria sin tiempo protegido, tutores disponibles, apoyo metodológico, acceso razonable a datos, asesoría estadística y acompañamiento ético, tiene alto riesgo de convertirse en simulación. En muchos escenarios, los residentes no eligen preguntas relevantes: eligen preguntas "posibles" con expedientes incompletos, bases de datos deficientes o muestras convenientes. El producto final puede terminar archivado en un repositorio que nadie lee, sin publicación, sin impacto educativo y sin mejora para los pacientes. Cuando esto ocurre, la tesis deja de ser una experiencia formativa y se convierte en una transacción administrativa.

Además, la obligatoriedad rígida puede profundizar inequidades. No todas las sedes cuentan con investigadores, comités de investigación ágiles, bibliotecas robustas, unidades de epidemiología clínica o profesores con tiempo para tutoría. Los residentes de hospitales con infraestructura académica consolidada tienen ventajas evidentes frente a quienes se forman en sedes con alta carga asistencial y escaso apoyo. La consecuencia es injusta, se evalúa a todos con el mismo producto, aunque no todos tuvieron las mismas oportunidades para producirlo. En el peor de los casos, esta presión puede estimular malas prácticas: plagio, reciclaje de proyectos, autorías inapropiadas, datos inventados, compra de tesis o uso irresponsable de herramientas de inteligencia artificial generativa. Un requisito académico que empuja a la simulación no fortalece la cultura científica, incluso la puede deteriorar.

La literatura sobre el tema es consistente en el sentido de que la productividad académica durante la residencia no mejora por decreto. Una revisión sistemática encontró que las intervenciones como tiempo protegido, currículos de investigación, días académicos, directores de investigación y trayectorias especializadas suelen aumentar la participación en actividades académicas, aunque sus efectos

sobre presentaciones y publicaciones son mixtos[4]. Otra revisión y metaanálisis identificó que las iniciativas más frecuentes fueron mentoría, currículo y tiempo protegido; la tasa de publicación posterior a las intervenciones fue mayor, pero no se identificó una estrategia única como solución universal[5]. En América Latina, un estudio de métodos mixtos identificó como barreras principales la falta de tiempo protegido, la mentoría insuficiente y brechas de género; entre las estrategias propuestas estuvieron los programas interdisciplinarios de mentoría, rotaciones electivas, financiamiento y reconocimiento de propuestas con perspectiva de equidad[6]. La lección es clara, pedir investigación sin construir infraestructura es pedir resultados sin asumir responsabilidad institucional.

Por ello, quizá convenga reemplazar la lógica de "tesis obligatoria" por la de "actividad académica supervisada, flexible y evaluable". Todos los residentes deberían adquirir competencias mínimas: formular preguntas clínicas relevantes, buscar literatura de manera sistemática, evaluar críticamente estudios, comprender principios básicos de epidemiología y estadística, reconocer obligaciones éticas, distinguir evidencia sólida de evidencia débil y comunicar hallazgos con honestidad. Pero el producto final no tendría por qué ser idéntico para todos. Según la sede, la especialidad, los intereses del residente y las necesidades del sistema, podrían aceptarse estudios originales, revisiones sistemáticas o panorámicas, proyectos de mejora de la calidad, análisis de seguridad del paciente, reportes o series de casos con valor educativo, proyectos de educación médica, innovaciones curriculares, guías de práctica local, proyectos de implementación o productos de divulgación científica evaluados con criterios explícitos.

Un modelo razonable podría tener dos niveles. El primero sería un núcleo común obligatorio de alfabetización científica y medicina basada en evidencias para todos los residentes, integrado a problemas reales de pacientes y servicios. El segundo sería una trayectoria diferenciada de profundización para quienes sí desean desarrollar investigación original con mayor ambición: tiempo protegido, mentoría formal, apoyo metodológico, asesoría estadística, acceso a comités de ética, financiamiento semilla y, cuando sea posible, articulación con maestrías o doctorados. Este modelo no disminuye el valor de la investigación; al contrario, lo protege de la trivialización. Investigar bien requiere tiempo, comunidad, método y supervisión. Cuando esos elementos existen, la producción académica puede florecer, como muestran programas que han aumentado publicaciones tras implementar estructuras de apoyo, dirección de investigación, tiempo protegido y recursos técnicos[7].

También habría que realizar acciones para cambiar la cultura de evaluación en las residencias médicas. Una tesis no debería aprobarse por extensión, número de tablas o cumplimiento de formato, sino por la calidad de la pregunta, la congruencia metodológica, la conducta ética, la interpretación prudente, la utilidad educativa y la claridad de comunicación. En los proyectos de mejora de calidad, habría que valorar diagnóstico del problema, medición basal, intervención, ciclos de mejora, resultados y sostenibilidad. En revisiones, rigor de búsqueda y transparencia. En reportes de caso, valor pedagógico y discusión crítica. En proyectos educativos, alineación entre necesidades, objetivos, implementación y evaluación. Lo importante no es que todos entreguen el mismo documento, sino que todos demuestren pensamiento académico verificable.

La investigación en las residencias médicas no debe desaparecer. Lo que sí debe desaparecer es la complacencia con productos obligatorios de baja calidad que se toleran porque "siempre se ha hecho así". La pregunta editorial para nuestro contexto no es si la investigación importa, por supuesto que importa. La pregunta es si el formato actual la honra o la degrada. Mantener un requisito sin infraestructura suficiente, sin flexibilidad y sin evaluación auténtica puede enseñar justo lo contrario de lo que pretende: que investigar es llenar un trámite, no buscar la verdad con rigor.

La carta al Editor del Dr. Giordano Pérez Gaxiola ofrece una oportunidad para abrir la conversación. Necesitamos escuchar a residentes, profesores, sedes hospitalarias, universidades, autoridades educativas y pacientes. La residencia médica es demasiado

importante para añadirle requisitos simbólicos; y la investigación es demasiado valiosa para reducirla a un ritual de egreso. El reto no es abolir la cultura académica en la formación de especialistas, sino rediseñarla con honestidad. Menos tesis como simulacro; más investigación, mejora y erudición como competencias profesionales reales.

Melchor Sánchez Mendiola
Editor
Facultad de Medicina, UNAM

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. México: Diario Oficial de la Federación. 2024 Mar 19. https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/NOM-001-SSA-2023.pdf
2. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Common Program Requirements (Residency). Chicago: ACGME; 2025. https://www.acgme.org/globalassets/pfassets/programrequirements/2025-reformatted-requirements/cprresidency_2025_reformatted.pdf
3. Seaburg LA, Wang AT, West CP, Reed DA, Halvorsen AJ, Engstler G, et al. Associations between resident physicians' publications and clinical performance during residency training. BMC Med Educ. 2016;16:22. https://doi.org/10.1186/s12909-016-0543-2
4. Stevenson MD, Smigielski EM, Naifeh MM, Abramson EL, Todd C, Li STT. Increasing scholarly activity productivity during residency: a systematic review. Acad Med. 2017;92(2):250-266. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001169
5. Wood W, McCollum J, Kukreja P, Vetter IL, Morgan CJ, Maleki AHZ, et al. Graduate medical education scholarly activities initiatives: a systematic review and meta-analysis. BMC Med Educ. 2018;18:318. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1407-8
6. Merino T, Rojas V, Fuentes-López E, Sánchez C, Pizarro M, Fuentes-Cimma J, et al. Barriers for research activities in residency programs: a mix-methods study. Medwave. 2023;23(1):e2627. https://doi.org/10.5867/medwave.2023.01.2627
7. Rothberg MB, Kleppel R, Friderici JL, Hinchey K. Implementing a resident research program to overcome barriers to resident research. Acad Med. 2014;89(8):1133-1139. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000281