

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Proceso de selección de estudiantes de medicina en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá

DR. ELSO SCHIAPPACASSE F.*

En los Estados Unidos de Norteamérica, en 2003, ingresaron 67.166 alumnos a estudiar Medicina¹. Existen 125 Escuelas de Medicina acreditadas.

En Canadá existen 17 Escuelas de Medicina acreditadas.

Todas las Escuelas de Medicina acreditadas (AAMC) tienen un sistema único de referencia para solicitar la admisión de postulantes: AMCAS (American Medical College Application Service)².

Existe un libro de 299 páginas, actualizado, en que se exponen todos los requerimientos, en detalle, para el proceso de admisión: MSAR (Medical School Admissions Requirement Book).

Por lo demás, en la Web, cada Escuela de Medicina resume un cierto número de datos que se refieren a caracteres generales de cada Escuela.

El AMCAS, describe los requerimientos básicos de admisión:

- Calificaciones académicas previas a la solicitud de ingreso, «Grade Point Averages» (GPAs).
- Rendir el MCAT (Medical College Admission Test).
- Actividades extracurriculares y de investigación.
- Actividades comunitarias.
- Eventualmente, según los antecedentes de cada postulante, se le llama a una entrevista.

El MCAT (Medical College Admission Test)³ consta de 219 preguntas de selección múltiple en las áreas de: razonamiento verbal (65 preguntas); de ciencias físicas (77 preguntas); de ciencias biológicas (77 preguntas). Además existen 2 muestras de escrituras relacionadas, con una consigna determinada, y el postulante debe contestar lo que se le solicita.

Este MCAT, se puede rendir en 2 fechas en el año: abril y agosto.

En las áreas de: razonamiento verbal, ciencias fi-

sicas y ciencias biológicas, las calificaciones oscilan entre 1 y 15. En las muestras de escritura, las calificaciones oscilan entre J (lo más bajo) y T (lo más alto).

Las calificaciones previas GPAs y MCAT tienen gran ponderación total para la admisión.

Referente a la entrevista que se le hace al postulante, cada Escuela tiene su propio método de entrevista.

En general, la tradición ha sido la de pesquisar en las entrevistas las buenas cualidades personales que debe tener todo médico: integridad, empatía, buenas relaciones interpersonales con los pacientes, colegas, personal de salud y público en general, condiciones de liderazgo, iniciativa, fluidez de comunicación, perseverancia, compromiso, compasión.

En las décadas recientes, la medicina ha enfrentado dramáticos cambios: científicos-tecnológicos; cambios significativos en la atención médica, en su financiamiento, nuevos problemas éticos de importancia, lo que ha traído de parte de las Escuelas Médicas una gran demanda por cambios curriculares, y se le ha otorgado una gran importancia a los atributos no cognoscitivos del médico: profesionalismo médico.

El profesionalismo médico se ha extendido a gran parte de los continentes y se ha publicado en 1999⁴ un documento que se denomina Proyecto Profesionalismo Médico, y que consta de 3 principios fundamentales y una serie de responsabilidades con la sociedad. Los principios son: a) Primacía del bienestar del paciente; b) la práctica del altruismo y c) la autonomía del paciente.

Las responsabilidades son: competencia profesional de por vida; honestidad y confidencialidad con los pacientes, relaciones apropiadas con los pacientes y perfeccionar la calidad de la atención.

Consecuente con todo lo anterior, se ha iniciado un movimiento para introducir en el proceso de selección de estudiantes de medicina, una identificación de las cualidades más importantes que tendrían estrecha relación con el profesionalismo

*Profesor Titular de Medicina Dpto Educación Médica, Universidad de Concepción.

médico y una manera adecuada y uniforme para ser evaluadas. La literatura ha identificado 87 diferentes cualidades personales relevantes a la práctica de la medicina⁵. El gran desafío es seleccionar las más importantes y poderlas medir en forma adecuada.

En la Universidad de Iowa, se inició un trabajo que fue publicado en 2001, en que se efectuó una entrevista estructurada a 490 postulantes a un programa de residencia, entrevistados por 2 profesores⁶. Relacionaron los resultados de la entrevista con los resultados que tuvieron al ingreso de la Escuela de Medicina en Iowa: con el GPAs, MCAT y con el IEF (Iowa Evaluation Form).

La interrelación fue buena entre los 2 evaluadores: la diferencia es de 1 punto o menos.

La relación con GPAs: 0,05

Con MCAT (biología): 0,18 $p < 0,01$

Con MCAT (física): 0,08 $p < 0,05$

Con MCAT (verbal): 0,10 $p < 0,05$

Se vio que los altos valores en la entrevista predijeron un puntaje por 20% de la varianza de incremento más allá de los puntajes GPAs, MCAT e IEF. Kulalunga y cols⁷ de Mc Master University evaluaron la validez de las medidas de admisión (tanto cognitivas como las no cognitivas) con los resultados de las performances académicas.

Las medidas de admisión cognitivas tuvieron moderadas correlaciones con las performances académicas. Las dimensiones no cognitivas fueron elusivas por no contar con un criterio apropiado de medida.

El MCAT verbal y la entrevista fueron buenos en predecir resultados académicos aceptables.

En la Universidad de Harvard⁸ declaran que en la entrevista de admisión les interesa averiguar si el postulante tiene potencial para ser un aprendiz de por vida, un pensador crítico y un solucionador de problemas, y además poseer muy importantes cualidades en un médico: determinación, dedicación, competencia cultural, compasión, comunicación, confidencialidad y apertura mental, además averiguar si el postulante se encontrará a gusto en la Escuela, tal como es.

Cada vez se hace más imperioso investigar los atributos no cognitivos de los médicos, y trasladarlos a los criterios de admisión de estudiantes.

Se ha estado usando la Múltiple Mini Interview (MMI).

Kevin W. Eva, Ph D. y cols⁹, usaron la MMI, con nueve estaciones creadas para averiguar cualidades personales deseables en 54 alumnos que postulaban al ingreso a la Escuela de Medicina en la primavera del año 2003.

Tres estaciones contaban con 2 profesores como entrevistadores. Tres estaciones con 2 miembros de la comunidad y tres estaciones con un miembro de cada grupo. Cada miembro poseía un formato de 4 ítems a evaluar.

El test total tuvo una confiabilidad de (.78). De este estudio se dedujo que los comités de admisión deberían distribuir sus recursos incrementando el número de entrevistas a que eran expuestos los alumnos, más bien que aumentando el número de entrevistadores dentro de cada entrevista.

La divergencia de puntajes fue mayor en el grupo de miembros comunitarios que en el de profesores.

Los participantes respondieron en forma positiva al MMI.

Concluyen que el MMI proporciona un protocolo confiable para evaluar las cualidades personales de los alumnos; se aumenta así la heterogeneidad del grupo aceptado y trabajos posteriores determinarán que el grupo de entrevistadores provean de juicios igualmente válidos.

A pesar de la importancia del aprendizaje de las destrezas comunicacionales en el currículo de medicina, se piensa que debe integrarse más aún en los currículos de las diferentes escuelas.

En 2000 - 2001, en 3 escuelas de medicina¹⁰ se creó un programa especial de comunicaciones.

En el 3er año de medicina, se comparó un grupo de estudiantes, 38% de estudiantes elegibles, en el período 1999 - 2000, en el comienzo y al fin de año (no tenían el programa especial de comunicaciones). En 2000 - 2001, se comparó un grupo de 42% de estudiantes elegibles en el comienzo y al fin del año (tuvieron el curso especial de comunicaciones).

Estos alumnos fueron evaluados por medio de pacientes estandarizados con el método OSCE, en 21 destrezas en relación con 5 tareas esenciales de los pacientes: desarrollo y mantención; evaluación del paciente; en educación y consejo; negociación y compartir decisiones y organización y tiempo de manejo.

Hubo diferencias significativas en los resultados del OSCE, a favor de los que tuvieron el curso de comunicaciones, en las destrezas de todas las tareas esenciales a realizar en las 3 escuelas investigadas, aunque difieren en magnitud. ($p < 001$ en todas las destrezas del cuidado de pacientes).

Los resultados de la investigación educacional en la mayoría de las Escuelas de Medicina, han servido a un doble propósito: se piensa que se va a lograr una evaluación acuciosa de las destrezas clínicas de los futuros médicos y medir los éxitos y los fracasos en las innovaciones curriculares.

Evaluaciones modernas¹¹:

- A. (USMLE) US Medical Licensing Examinations.
- B. (OSCE) Objective Structured Clinical Examination.

El OSCE fue desarrollado para evaluar las destrezas clínicas en un ambiente clínico estandarizado con estaciones múltiples y pacientes estandarizados, para evitar errores que tenían y tienen aún los métodos tradicionales. En el USMLE, debido a los cambios importantes en el Área de Salud, especialmente en el Área de las Cien-

cias de la Conducta y en el Área Social, se hará más énfasis en estas áreas.

Tanto las dimensiones cognitivas como las no cognitivas que debe adquirir un estudiante que ingresa a estudiar medicina, deben evaluarse periódicamente, en extensión y profundidad, y plasmarse en el currículo, ya que la medicina reúne un gran conjunto de competencias intelectuales y manuales para proporcionar servicios o bienes a otros miembros de la comunidad, constituyendo así una profesión en la cual podemos delimitar atributos específicos, y que descansa en un compromiso ético para su ejercicio¹².

La selección de estudiantes que en gran núme-

ro postulan a Medicina, adquiere un desafío de carácter trascendente para el postulante, la Universidad y la sociedad y debe estar revestida de la mayor perfección.

Las Escuelas de Medicina han tomado conciencia, cada vez más, que la práctica de la Medicina es compleja, interviniendo procesos emocionales, cognitivos, personales que requieren bases de conocimiento en aspectos biomédicos, epidemiológicos, psicosociales, culturales, económicos y éticos. Además las investigaciones epidemiológicas producen resultados probabilísticos y no se puede precisar con certeza el mejor tratamiento para un paciente determinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barzangsk B, Etzel S. Educational Programs in US Medical Schools, 2003-2004. *JAMA* 2004; 292: 1025-31.
2. AMCAS (American Medical College Application Service) (Primary Application Method). <<http://www.aamc.org/students/amcas>> [Consulta: abr. 2005].
3. MCAT (Medical College Admission Test). <<http://www.aamc.org/students/mcat>> [Consulta: abr. 2005].
4. Reforma Sistema de Atención en Salud. Declaración conjunta. *Ann. Int Med.* 2002; 136: 243-6.
5. Albanese M, Snow M, Skochelak S, Huggett K, Farrell P. Assessing Personal Qualities in Medical School Admissions. *Academic Medicine* (2003), 78: 313-21.
6. Altmarier P, Kuperman S, Ugolini K. A structured interview for medical school admission. Phase 1. Initial procedures and results. Division of Psychological and Quantitative Foundations, College of Education. University of Iowa. *Academic Medicine* 2001; 76: 66-71.
7. Kulalunga - Morizzi C, Norman G. Validity of admissions measures in predicting performances outcomes: The contributions of cognitive and non cognitive dimensions. *Teach Learn Med* 2002; 14: 43-8.
8. AMCAS <<http://hms.harvard.edu/admissions>> [Consulta: abr. 2005].
9. Kevin E, Reiter I, Rosenfeld J, Norman G. The Relationship between Interviewers Characteristics and Ratings Assigned during a Multiple Mini Interview. *Academic Medicine* 2004; 79: 602-9.
10. Yedia M, Gillespie C, Kachur E, Schwartz M. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA* 2003; 290: 1157-65.
11. Gaur L, Skochelack S. Evaluating Competence in Medical Students. *JAMA* 2004; 291: 2143.
12. Rosselot E. Profesionalismo en Medicina. Un compromiso ético para su ejercicio. *Revista Vida Médica. Publicación oficial del Colegio Médico de Chile.* 2003; 55.