

Estado actual de las Residencias de Cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 1997

RODRIGO CARBALLIDO*, FELIX AYALA PAREDES, ALEJANDRO AMARILLA,
CARINA SALAZAR, OSVALDO MASOLI^Δ, RICARDO IGLESIAS^Δ,
por investigadores CONAREC

Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC), Buenos Aires

* Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Trabajo recibido para su publicación: 4/98 Aceptado: 5/98

Dirección para separatas: Dr. Rodrigo J. Carballido, Bartolomé Mitre 2553, (1039) Buenos Aires, Argentina

^Δ Miembro Titular SAC

La residencia es el sistema de formación de un importante número de médicos recién recibidos. Existe una presunción generalizada acerca de las deficiencias de la misma no avalada por datos objetivos. El CONAREC realizó una encuesta con el fin de determinar la situación actual de la Residencia de Cardiología. En el lapso de marzo a mayo de 1997 respondieron la encuesta 404 residentes, pertenecientes al 75% de las residencias inscriptas en CONAREC (39 centros). Todos los residentes ingresan tras un examen y el 75% realiza entrevista. Las remuneraciones y los beneficios sociales son heterogéneos y escasos en relación con las exigencias laborales. La actividad docente depende fundamentalmente de los residentes, siendo escaso lo generado por los médicos de planta. Existe una inadecuada supervisión del trabajo cotidiano; hasta un 50% de los residentes tiene la mitad de su carga horaria sin control. La conformación de la currícula es dispar, siendo insuficientes las rotaciones por Medicina Interna, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Electrofisiología y Cardiología Pediátrica. Más de la mitad de los residentes se hallan disconformes con el actual sistema educativo. Los resultados de esta encuesta demuestran que existe una notable disparidad en la formación en residencias de cardiología. Resulta indispensable generar programas de entrenamiento mediante consensos nacionales que permitan una mejor formación de posgrado. REV ARGENT CARDIOL 1998; 66 (3): 269-276.

Palabras clave Educación médica - Residencias médicas - Currícula

Uno de los aspectos más controvertidos en la historia del desarrollo de la medicina ha sido la formación del médico. Diversos fueron los mecanismos de aprendizaje utilizados, desde la enseñanza universitaria complementada con el acercamiento a un maestro directamente formador del profesional hasta la adquisición de conocimientos en centros asistenciales. Asimismo, la modificación de los aspectos teóricos y el avance tecnológico influyeron significativamente sobre los mismos.

El elevado número de médicos egresados que querían una formación igualitaria, la mayor especialización y la deficitaria formación universitaria fueron los resortes para el desarrollo de las residencias médicas. La situación actual de la educación de grado no dista mucho de la que acontecía en ese entonces. El masivo número de estudiantes inscriptos en diversas facultades sin un programa unificado, el excesivo academicismo con escasos conoci-

mientos prácticos y la falta de contacto con la realidad del quehacer cotidiano, hacen del médico recién recibido un profesional sin la adecuada preparación para desarrollar su actividad. (1) Es entonces necesario complementar la educación de grado con un posgrado que cubra las necesidades formativas que surgen de las carencias universitarias.

Las residencias médicas surgieron en Alemania, a principios de la década del '60, con el objetivo de constituir un sistema de formación basado en el aprendizaje supervisado y en el desarrollo conjunto de médicos recientemente recibidos. Pocos años después se inició en la República Argentina, siendo hasta la actualidad el paso inicial de gran parte de los profesionales que egresan de las distintas facultades de nuestro país. Si bien desde entonces ha sido modificado en su estructura, carecemos de una profunda evaluación del mismo.

En países latinoamericanos, como México y Chi-

le, (2-4) con predominio de la formación en hospitales dependientes del Estado, se han realizado diversos trabajos tendientes a determinar la mejor estrategia de formación médica. En países más desarrollados, como Estados Unidos (5-11) y algunos europeos, (12) con una estructura sanitaria diferente, las inquietudes pasan por los costos que el sistema ocasiona y la repercusión del mismo sobre la salud pública, así como el logro de un adecuado entrenamiento. Por otra parte, la creciente demanda de mejor atención de la población y los juicios de mala praxis han llevado a una evaluación de la calidad de los programas y de los médicos residentes. (5, 6, 9-11) A nivel internacional se han realizado consensos en los que se determina cuáles son los objetivos a cumplir en los primeros años de formación. En los mismos se pone énfasis sobre la importancia de la guía tutorial del aprendizaje por médicos altamente calificados y se definen claramente los requisitos curriculares que debe cumplir el aspirante a especialista. (5, 9-11)

En nuestro país existen muy pocos trabajos publicados al respecto y en su mayoría están destinados a definir los criterios de ingreso al sistema pero no a evaluar la situación del mismo. En ellos se observa una directa correlación entre la calidad de la formación universitaria y el rendimiento del postulante en el examen y la entrevista, permitiendo demostrar fehacientemente las deficiencias existentes en la formación de grado y la necesidad de realizar modificaciones en la misma. (1, 13-15) Probablemente la explicación para la ausencia de una evaluación profunda pueda encontrarse en la falla de los organismos gubernamentales al no regir normas formativas, supervisar el funcionamiento y adecuar el número de médicos especialistas necesarios para el país. Asimismo, en la Argentina la formación de posgrado se realiza en forma casi igualitaria en organismos estatales y privados. Incluso en la especialidad de cardiología existen escasos centros del sector público con formación en residencias, habiendo disminuido notablemente el número en los últimos cinco años.

En la población médica relacionada activamente con las residencias surge la sensación de que el sistema no está del todo bien, pero esto no es más que una presunción basada en datos empíricos. Las modificaciones de conductas y estructuras requieren un profundo conocimiento de los puntos débiles y difícilmente puedan ser adecuadas si se realizan a partir de suposiciones. Por tal motivo, conocer a fondo el estado actual de las residencias de cardiología permitirá trabajar sobre los aspectos necesarios para mejorarlas.

En nuestro país existen 52 residencias de cardiología, que están formando en la actualidad a 550 médicos. El Consejo Argentino de Residentes de

Cardiología (CONAREC), fundado en el año 1980, engloba a todos los residentes de la especialidad. Este organismo ha realizado una evaluación de la situación de las residencias mediante una encuesta llevada a cabo en 1997. Los datos con los que contábamos previamente habían sido obtenidos mediante similar metodología en los años 1991 (16) y 1994. (17)

El principal objetivo de esta publicación es dar a conocer la situación actual de la formación de posgrado en cardiología, comparando, además, los resultados de las anteriores con el fin de evaluar los cambios implementados en los últimos siete años.

MATERIAL Y METODO

El instrumento evaluador utilizado fue una encuesta en la que participaron residentes de 1° a 4° año en forma anónima (sólo se consignaba el nombre del centro al cual pertenecían). La misma fue completada entre los meses de marzo y mayo de 1997. Todas las residencias participantes se hallaban afiliadas al Consejo Argentino de Residentes de Cardiología.

La encuesta se dividió en ocho ítems mayores, divididos a su vez en distintos subítems, con un total de 40 puntos a responder. Los aspectos evaluados fueron los siguientes:

Datos filiatorios: Edad, sexo y facultad de egreso.

Criterios de admisión: Examen de ingreso, entrevista y experiencia previa en clínica médica.

Beneficios sociales: Remuneración mensual, cobertura social y realización de aportes jubilatorios.

Exigencias laborales: Horas de trabajo diarias, número de guardias mensuales, actividad laboral durante los días sábado y presencia de día libre.

Actividad académica: Comprendiendo dos aspectos, el número de clases mensuales como actividad propia del residente y el número de ateneos mensuales con activa participación de los médicos de planta.

Actividad docente: Cantidad de médicos dedicados a la docencia, la relación número de médicos docentes sobre la cantidad de residentes y horas de trabajo del docente sobre las horas de trabajo del residente. Sistemas de evaluación.

Currícula: Rotaciones por las subespecialidades de la cardiología y realización de cursos de especialista en sociedades científicas o universidades.

Opinión: Subjetiva y anónima, calificando a la residencia como mala, regular, buena, muy buena o excelente. Además se evaluaron aspectos modificables (podían elegirse una o varias opciones), como ser mayor actividad académica, mayor contacto con los médicos de planta, mayor participación en trabajos científicos y/o de investigación, mayor participación fuera de la residencia y mayor interrelación con otras residencias.

Se realizó, además, una comparación entre los re-

sultados obtenidos en esta encuesta y los hallados en 1991 (16) y 1994. (17)

Método estadístico

Se incluyeron los datos obtenidos de las encuestas individuales en una base tipo Excel 5.0. El análisis de los mismos se realizó mediante correlación simple, evaluando la relación directa entre variables continuas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa al valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron de la encuesta 404 residentes, pertenecientes al 75% de las residencias inscriptas en CONAREC, 39 centros de todo el país, divididos en 18 de Capital Federal y La Plata y 21 del interior (apéndice).

El 20% de los centros fue del sector público, perteneciendo el resto al sector privado o mixto. Contestaron la encuesta el 90% de los servicios del sector público y el 70% del sector privado o mixto.

En la encuesta realizada en 1991 participaron 315 residentes pertenecientes a 30 residencias, mientras que en 1994 lo hicieron 350 residentes de 34 servicios.

La población estuvo compuesta por 291 hombres (65%) y 113 mujeres (35%), con una edad promedio de 29 años (rango de 24 a 40 años). La facultad de egreso fue: la Universidad de Buenos Aires en el 39% de los participantes, la Universidad de Córdoba en 12%, la Universidad de La Plata en 10%, la Universidad del Noreste en 10%, otras facultades de nuestro país en 24% y un 5% realizó sus estudios en otros países.

En la actualidad el 100% de los residentes ingresa por medio de un examen. Dicha situación se mantiene desde 1994. En 1991 un 10% de residentes ingresaba sin la realización del mismo. Además, el 75% es evaluado mediante una entrevista personal, porcentaje similar al de los años anteriores. En el 20%, en 6 de los centros encuestados, se requiere un año de Clínica Médica previo al ingreso.

Mensualmente percibe sueldo el 99% de los residentes. A partir de 1996, en dos centros de la provincia de Córdoba se realiza residencia *ad honorem*. En las encuestas anteriores todos los profesionales recibían un sueldo mensual. La remuneración promedio para cada año de primero a cuarto es de 600,

750, 850 y 1.000 pesos, hallándose el 65% de los residentes por debajo del promedio (Tabla 1). El promedio anual de ingresos en Capital Federal es de 700, 850, 950 y 1.250 pesos, mientras que en centros del interior del país es de 500, 600, 700 y 900 pesos ($p < 0,05$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre centros estatales y privados. Los valores son similares en las encuestas anteriores. El 75% de los residentes se halla cubierto por una obra social, en tanto sólo el 34% realiza aportes jubilatorios. El cumplimiento de los beneficios sociales es del 90% en centros dependientes del Estado y del 20% en centros privados ($p < 0,01$), generándose esta diferencia a expensas de los aportes jubilatorios. Estos beneficios sociales se mantienen desde 1991.

Dentro de las exigencias laborales, el promedio de trabajo diario es de 9 horas con un rango de 6 a 12. Sin tener en cuenta las guardias, todos los residentes trabajan de lunes a viernes, el 70% trabaja los sábados y el 40% tiene un día libre en el último año. El número de guardias promedio para los primeros dos años es de 8 y para los dos últimos de 4. Similares características se observaron en 1991 y 1994.

En relación con la actividad académica, el 90% de las residencias tienen 3 o más clases semanales, encontrando un 52% que realiza 5 o más (Gráfico 1). Sin embargo, el 75% de los servicios realiza un ateneo semanal o menos (Gráfico 2), lo que hace un promedio de cuatro ateneos mensuales. El número de clases es similar al que se realizaba en los años 1991 y 1994, mientras que el número de ateneos de servicio es menor, ya que en los años anteriores había un promedio de seis ateneos mensuales.

En relación con el aspecto formativo y con la supervización del aprendizaje, el 56% de los servicios cuenta con 4 a 6 médicos dedicados a la formación de los residentes y un 10% cuenta con más de 6 mé-

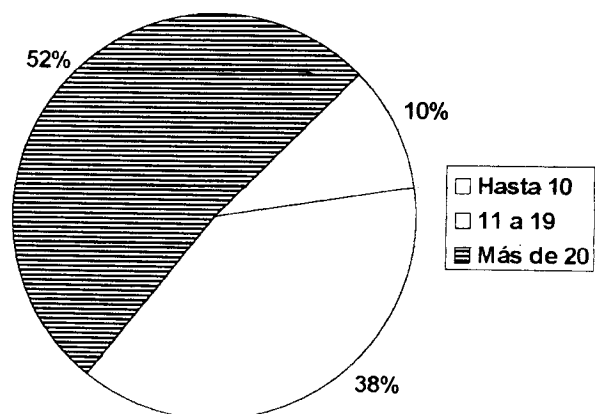


Gráfico 1. Actividad académica propia del residente. Número de clases mensuales.

Tabla 1
Rango y promedio de remuneraciones mensuales

Año	1°	2°	3°	4°
	\$	\$	\$	\$
Rango	300-850	400-950	500-1.200	600-1.400
Promedio 1997	600	750	850	1.000
Promedio 1991-1994	550	750	800	1.050

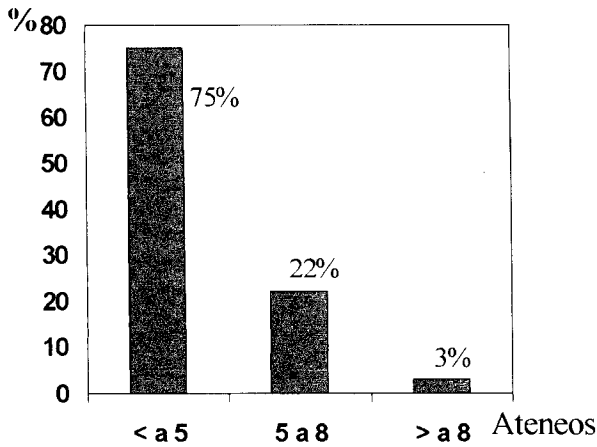


Gráfico 2. Actividad académica generada por el servicio. Número de ateneos mensuales.

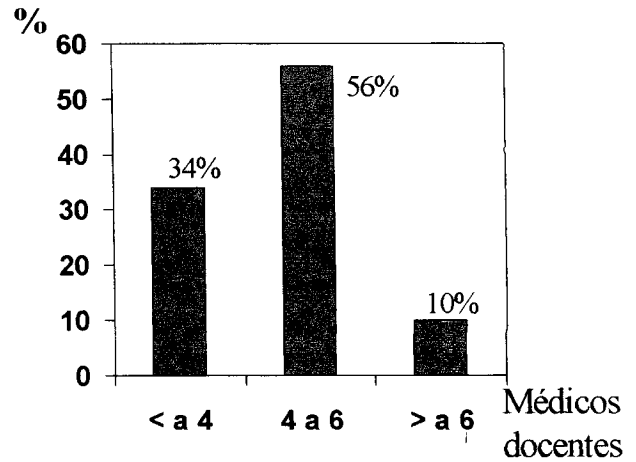


Gráfico 3. Número de médicos dedicados a la docencia por servicio.

dicos docentes. La relación en la mayoría de los centros encuestados es de un médico de planta cada tres o cuatro residentes. En un tercio de los servicios la relación es de un médico docente por cada seis o siete residentes (Gráfico 3). Por otra parte, en el 86% de los servicios los médicos de planta trabajan 6 horas o menos por día y en un 45% lo hacen hasta cuatro horas (Gráfico 4). Realizando una correlación simple, observamos que los centros con menor número de médicos de planta son aquellos en los que los mismos trabajan menos horas ($p < 0,001$). En las encuestas anteriores este aspecto no había sido evaluado en forma cuantitativa, por lo que no pudo compararse adecuadamente.

De acuerdo con la currícula, la duración es de cuatro años en el 60% de las residencias y de tres en el resto. Sólo las rotaciones de Unidad Coronaria y Ecocardiografía son cumplidas por el 100%. El 30% de los encuestados no rota por Medicina Interna ni tiene como obligación hacerlo antes de la residencia, 40%

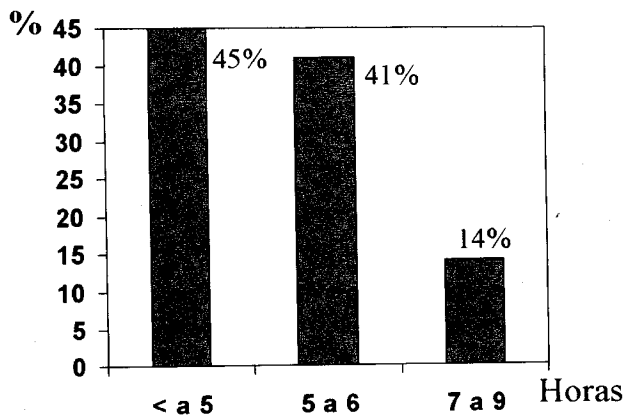


Gráfico 4. Número de horas diarias del residente con supervisión de los médicos docentes.

no lo hace en Terapia Intensiva, 15% en Hemodinamia, 25% en Medicina Nuclear, 20% en Recuperación de Cirugía Cardiovascular, 35% en Electrofisiología y el 40% no realiza Cardiología Pediátrica (Tabla 2). Las características curriculares no se han modificado con respecto a las encuestas previas.

El 65% de los centros realiza una evaluación anual. Dicho porcentaje es mayor al de 1991 (55%) pero inferior al de 1994 (75%).

El 55% de los residentes tiene acceso a la realización de un curso superior de la especialidad en una sociedad científica o dependiente de una universidad. El 75% de los mismos pertenece a la Capital Federal. Cuando se evaluaron las características de la currícula en estas residencias se observó que el cumplimiento de las rotaciones es mayor en aquellas residencias que realizan curso superior ($p < 0,001$). El porcentaje de residencias que realizan curso superior es idéntico al observado en 1994. En 1991 este punto no fue evaluado.

El 52% de los residentes opina que su sistema de formación es malo o regular, el 34% lo califica como bueno y el 14% como muy bueno o excelente (Gráfico 5). Cuando se analizó la calidad de aceptación del sistema, de acuerdo con el año de residencia, se

Tabla 2 Aspectos curriculares. Cumplimiento de rotaciones

Rotación	%
Medicina Interna	70
Terapia Intensiva	60
Unidad Coronaria	100
Ecocardiografía	100
Medicina Nuclear	75
Hemodinamia	85
Electrofisiología	65
Recuperación Cirugía Cardiovascular	65
Cardiología Pediátrica	60

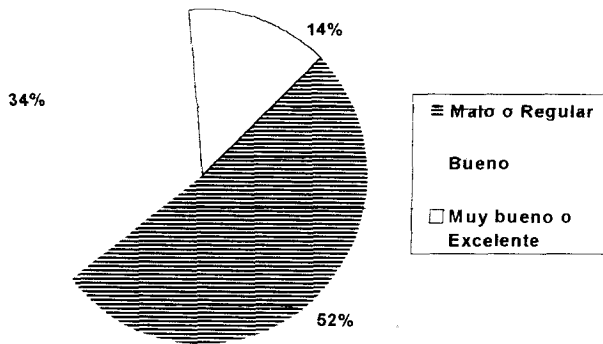


Gráfico 5. Calificación del sistema realizada por el residente.

observó que el 65% de los residentes de los dos primeros años califican al sistema como malo o regular, disminuyendo el descontento al 33% en los años superiores. En lo referente a los aspectos modificables, el 38% de los residentes opina que debiera haber mayor contacto con los médicos de planta, con predominio de los residentes de los dos primeros años (70% versus 38%), mientras que el 25% apunta a una mayor actividad científica fuera de su centro, con predominio de residentes de años superiores (62% versus 21%).

En las dos encuestas previas no se había evaluado la opinión del residente.

DISCUSION

Han transcurrido más de treinta años de implementado el sistema de residencias y desde entonces un importante número de médicos ingresa anualmente al mismo. Actualmente, aproximadamente 550 profesionales realizan su formación en cardiología. Existen muy pocos datos que nos acerquen al verdadero funcionamiento de las residencias y a la situación de la formación de posgrado en nuestro país. El conocimiento profundo de las características de la misma permitirá trabajar sobre los aspectos más deficitarios.

Los residentes de cardiología englobados en el CONAREC decidieron, hace unos años, evaluar el sistema a través de encuestas. (16, 17) Probablemente dicha metodología tenga muchas limitaciones, como por ejemplo la imposibilidad de obtener una información completa (en 1997 un 25% de las residencias no participó) o la incapacidad de realizar un adecuado análisis estadístico debido al diseño de las mismas. De todos modos, es el único recurso disponible en la actualidad para acercarnos a la realidad de las residencias.

Es reconocida la existencia de deficiencias en la formación universitaria. Los médicos egresados de las universidades argentinas, en la actualidad, carecen de una adecuada preparación práctica. Dicha característica pudo observarse en un trabajo realizado en nuestro país con médicos aspirantes a in-

gresar al sistema de residencias, analizando su desempeño en un examen. (1) Cuando las preguntas indagaban sobre aspectos informativos, el porcentaje de respuestas correctas era alto. Sin embargo, cuando se evaluaban conductas de orden práctico se observó que hasta un 20% adoptaba medidas riesgosas para la vida del paciente. Esta carencia formativa se resuelve muchas veces con la realización de una residencia, pero existe un importante porcentaje de profesionales que por distintos motivos no ingresa al sistema, y debiera evaluarse el impacto que esto tiene sobre la salud pública. Más allá de las deficiencias que las residencias poseen es, sin lugar a dudas, el sistema formativo que permite una mayor supervisión y en el que el producto final recibe mayores controles.

En la actualidad los mecanismos de admisión al sistema son homogéneos. El alto número de postulantes y la creciente demanda llevaron a que el examen sea una condición *sine qua non* para ingresar, garantizando un mínimo de idoneidad para su aprobación. Se ha observado que existe una relación directa entre el desempeño durante la facultad y el rendimiento en el examen. (1) Aquellos que tenían mejores promedios y habían realizado actividades docentes tienen mayor porcentaje de aprobación. La selección de médicos residentes mediante el examen permite evaluar la capacidad intelectual, pero no alcanza para reconocer la factibilidad de adaptación al sistema. (1, 13-15) Ha sido demostrada la importancia de asociar a la evaluación teórica una valoración personalizada, ya que la misma permite discriminar las cualidades éticas, humanísticas y de juicio del postulante. (14, 15) La entrevista es una herramienta eficaz para cumplir con este objetivo. A pesar de su reconocida utilidad, uno de cada cuatro ingresados no es evaluado mediante este método.

Las exigencias laborales, en término de horas de trabajo diarias y número de guardias, se han mantenido sin cambios en estos siete años. Asimismo, sólo el 40% de los residentes del último año tiene acceso a un día libre, lo que dificulta su posterior inserción laboral. Estas características se asocian con un promedio bajo de ingresos en relación con la carga horaria y las demandas del sistema. Además, la mayoría de los residentes no reciben beneficios sociales completos. Esta disparidad es más notoria en centros del interior del país, en donde las características provinciales de la salud pública explican dicha situación. Probablemente la causa de esta disociación entre lo que se exige y lo que se da, en términos de reconocimiento salarial y laboral, responda a la prevalencia del concepto de que el residente es un "estudiante avanzado" en etapa formativa sobre el de profesional universitario como núcleo dinamizador del sistema de salud. Para modificar dicho pen-

samiento debe tenerse en cuenta que la existencia de una residencia genera mayor actividad académica, exige al médico especialista un continuo perfeccionamiento y estimula la actualización permanente. La residencia no genera por sí sola un gran servicio, pero es difícil que éste exista sin ella.

Es reconocido por importantes organismos internacionales dedicados a la educación, que los objetivos educativos de la formación de posgrado deben basarse en tres pilares fundamentales, la adquisición de conocimientos teóricos, el desarrollo de habilidades prácticas y la supervisión del aprendizaje por médicos con experiencia en la docencia. (2-5, 11, 12) Dichos organismos han determinado claramente las características que debe tener un adecuado entrenamiento. En el mismo se asume que los aspectos de formación teórica, así como el trabajo cotidiano, deben ser coordinados por médicos docentes. Esta guía tutorial es esencial para el aprendizaje del fino diagnóstico clínico, el uso racional de los procedimientos diagnósticos, la integración de todos los datos y la inteligente solicitud de interconsulta con otros especialistas. (2) En cuanto a los aspectos prácticos existen guías de entrenamiento en las que se indican cuáles son los requisitos curriculares que deben cumplirse para alcanzar la especialidad. Alpert y colaboradores publicaron en Estados Unidos, en 1995, una Task Force (5) en la cual se indican las características curriculares que deben cumplirse en los primeros años de formación en cardiología, dividiendo en aspectos básicos y los relacionados con subespecialidades (Tabla 3). Similares requisitos se observan en países europeos, como Inglaterra, (12) y también en países con situaciones socioeconómicas más acordes con la nuestra, como México y Chile, (2, 4) lo que demuestra que dicha preocupación no es patrimonio del primer mundo.

Una residencia que cumpla con estas premisas es aquella que logre un adecuado equilibrio entre el tiempo dedicado a las actividades teóricas con la

formación práctica, contando todo esto con un estricto control de los médicos de planta.

En relación con los aspectos teóricos del aprendizaje resulta llamativa la desproporción entre la actividad propia de los residentes y la de los servicios. Existe un adecuado y, en algunos casos, elevado número de clases dictadas por los propios residentes, entre cuatro y ocho por semana. Por el contrario, la mayoría de los servicios cuenta con un solo ateneo semanal, demostrando una falencia en la participación de los médicos docentes.

También hallamos deficiencias en la supervisión del aprendizaje. Es aceptado a nivel internacional que una relación de un médico docente por cada cinco residentes garantiza un adecuado control, siempre y cuando el mismo se realice durante la mayor cantidad de horas posible, evitando de esta manera que el residente trabaje solo y no pueda consultar al momento de tomar decisiones. (2, 4, 11, 12) Como puede deducirse de los resultados, en nuestro país existe una adecuada relación en el número de médicos docentes y residentes. Sin embargo, la distribución horaria demuestra que los residentes realizan gran parte de su trabajo sin supervisión, ya que prácticamente el 50% de los médicos de planta trabaja menos de cuatro horas, lo que implica más de la mitad de la carga horaria del residente sin control. Esto es más notable aún en los centros donde la relación número de docentes/número de residentes es más baja, ya que hay, además, una menor disponibilidad horaria de los médicos de planta.

La conformación de la currícula en la Argentina es heterogénea, generando evidentes diferencias formativas. Es alarmante que un 30% de los residentes que recibirán el título de especialista no hayan tenido experiencia en Medicina Interna, considerada como formación básica a nivel internacional, e indudablemente indispensable para el conocimiento adecuado de la cardiología clínica. A esta deficiencia en la formación básica se agrega un inadecuado entrenamiento en las propias subespecialidades de la Cardiología, siendo esto más evidente en Medicina Nuclear, Electrofisiología y Cardiología Pediátrica. Observamos, entonces, que estamos muy lejos de un adecuado entrenamiento en la especialidad, lo que se agrava al reconocer la escasa posibilidad que tienen los médicos de completar su formación práctica una vez terminada la residencia. Este déficit formativo repercute posteriormente en la posibilidad de inserción laboral, generando diferencias en relación con los colegas y finalmente atentando contra una buena atención médica. Es obvio que no todos los centros pueden tener la misma complejidad, e inclusive esto es esperable en un adecuado sistema de salud, pero deben establecerse las formas mediante las cuales puedan realizarse todas las rotaciones en cen-

Tabla 3
Guía de entrenamiento para los primeros cuatro años de formación

Actividad	Tiempo
Rotación clínica básica	8 meses
Rotación clínica cardiológica	4 meses
Unidad Coronaria	8 meses
Terapia Intensiva	4 meses
Ecocardiografía	3 meses
Medicina Nuclear	2 meses
Ergometría/Holter	1 mes
Electrofisiología	2 meses
Hemodinamia	4 meses
Cardiología Pediátrica	2 meses
Mayor especialización	10 meses

Adaptado de Task Force de Alpert y col. JAC 1995 (5)

tros especializados. En la confección de una currícula ideal debiera tenerse como objetivo el brindar una formación homogénea en los aspectos básicos y en el fundamento de las subespecialidades, contemplando, además, problemáticas puntuales como el tipo de práctica que va a desarrollar el profesional y su sitio de acción. (5, 6, 9-11) En este sentido deben reconocerse las características regionales en lo referente a estructuras sociales y patologías endémicas. Asimismo debieran establecerse modelos de formación adaptados al sitio de trabajo del profesional. Es decir, no todos los cardiólogos desarrollarán su actividad en centros de alta complejidad, por lo que sería inadecuado que un médico que elige trabajar en zonas rurales se entrene durante varios meses en prácticas que no desarrollará. El adiestramiento en métodos complementarios deberá ajustarse con estas características, permitiendo a todos los especialistas reconocer claramente su fundamento, indicaciones, limitaciones e interpretación de resultados, pero sólo algunos deberán adquirir la habilidad para realizarlos. Si se pueden definir distintos modelos de formación, adaptables al desarrollo de la actividad futura, se podrán optimizar los recursos y se obtendrá un producto con mejor especialización.

Por otra parte, todo sistema de enseñanza/aprendizaje requiere un mecanismo de evaluación. (5, 12, 13) La misma no debe ser interpretada como un método de exclusión sino como una actividad que no sólo permite la observación del desempeño del residente, dándole la posibilidad de corregir sus deficiencias, sino también realizar un análisis sobre la metodología de enseñanza y aspectos mejorables de los servicios, convirtiéndose así en una actividad bidireccional. El residente que desconozca sus falencias educativas difícilmente pueda modificarlas en la posresidencia.

Uno de los métodos que han intentado unificar la formación se originó en el esfuerzo de sociedades científicas con la creación de los cursos superiores. Es notable que las residencias que realizan dichos cursos cumplen completamente con la currícula. Más allá de la existencia de defectos y de aspectos mejorables, en la actualidad la homogeneización de la currícula y la evaluación hace de los mismos un complemento indispensable. Pese a esto sólo el 55% de los residentes acceden a su realización, perteneciendo en su mayoría a centros de Capital Federal.

La suma de todos estos aspectos demuestra que existe una notable disparidad en la formación de los médicos residentes. Resulta indispensable unificar la misma para lograr una igualitaria formación que permita similares posibilidades laborales y de crecimiento profesional. De este modo el médico dependerá de su capacidad y no estará signado por la residencia en que se formó.

El hecho de que el sondeo haya surgido en el seno de una organización de residentes y la disconformidad observada en la encuesta de opinión demuestran que los propios beneficiarios del sistema perciben los errores y aguardan un cambio. Este no ha sido llevado a cabo en los últimos siete años, como puede desprenderse de la comparación de los resultados de las tres encuestas.

La falta de definición del modelo de residente que debemos formar y la inactividad de los sistemas de control y supervisión han llevado a este cuadro de situación. Es innegable que durante muchos años docentes e instituciones médicas han hecho denodados esfuerzos por mejorarlo. Lamentablemente los mismos han sido realizados en forma individual y no coordinada. Ante la falta de respuesta de los organismos estatales son hoy las sociedades científicas quienes deberán bregar para la realización de programas de formación homogéneos y acordes con la realidad de nuestro país.

SUMMARY

ACTUAL SITUATION OF CARDIOLOGY RESIDENCIES

The residence is the training system of an important number of recently graduated physicians. There exists a generalized opinion about its deficiencies which is not sustained by objective data. CONAREC set up a survey in order to determine the actual situation of residencies on cardiology. From March to May 1997, 404 residents completed the survey. This represents 75% of total residencies related to CONAREC. All physicians have to undergo an examination and 75% of them also have a personal interview. Salaries and social benefits are heterogeneous and scarce in relation with the work burden. A significant amount of seminars are given by the residents themselves. On the other hand, the staff is less involved in these activities. There is an inappropriate supervision of everyday-work commitment. Up to 50% of residents have the half of their work load without control. A clear disparity over the curriculum on subespecialities exists: mainly Internal Medicine, Nuclear Cardiology, Cath Laboratory, Electrophysiology and Pediatric Cardiology. Over 50% of residents disagree with the actual system. The results of this survey show that there exists a notorious disparity in our cardiology residencies. It appears crucial to create training programs by national consensus in order to allow a better postgraduate education.

Key words Medical education - Medical residencies - Curriculum

Agradecimientos

Los autores agradecen la desinteresada colaboración prestada por los residentes integrantes del CONAREC en la recolección de datos y su constante apoyo y participación en el desarrollo de la encuesta.

Asimismo, un especial agradecimiento a los Dres. Esteban Escolar, por su colaboración en la informatización del trabajo, y a Raúl Schwartzman por su aporte en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFIA

1. Iglesias R, Sosa Liprandi A, Darú V y col. Selección de médicos residentes. Evaluación de los conocimientos cardiológicos y de las experiencias del pregrado. *Medicina* 1992; 52: 549-554.
2. Guadalajara Boo J, Kuri J y col. Requisitos, lineamientos y recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Cardiología para la enseñanza de la Cardiología. *Arch Inst Cardiol Méx* 1996; 66: 539-543.
3. Cardaci D. Elementos para el análisis de las innovaciones en la educación médica mexicana. *Educ Méd Salud* 1995; 29 (1): 51-61.
4. Rosselot J. Cuatro orientaciones y una estrategia para las modificaciones previstas en la educación médica. *Rev Méd Chil* 1995; 123 (10): 1292-1296.
5. Alpert J, Arnold W, Chaitman B y col. Task Force I: Training in Clinical Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1995; 45 (1): 1-34.
6. Gorlin R. Cardiologist adapts to healthcare change for the year 2000. The Herrick lecture. *Circulation* 1996; 94: 1781-1785.
7. Kozak R, Kazzi A, Langdorf M y col. The threat of funding cuts for graduate medical education: survey of decision makers. *Acad Emerg Med* 1997; 4 (7): 736-741.
8. Whitcomb M, Miller R. Comparison of IMG-dependent and non IMG-dependent residencies in the National Resident Matching Program. *JAMA* 1996; 276 (9): 700-703.
9. Nash I, Nash D, Fuster V. Do cardiologists do it better? *J Am Coll Cardiol* 1997; 29 (3): 475-478.
10. Armbruster J. Accreditation of residency training in the US. *Postgrad Med J* 1996; 72: 391-394.
11. Fogelman A. Strategies for training generalists and specialists. *Ann Intern Med* 1994; 121: 810-813.
12. Hall R, Boyle R, Webb-Peploe M y col. Guidelines for specialist training in cardiology. *Brit Heart J* 1995; 73 (4): 1-24.
13. Questa U. El examen de ingreso a las residencias médicas del equipo de salud. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1987.
14. Hernández N, Caruso E. Relación entre el proceso de selección de residentes y su desempeño como educando de postgrado. *Rev Arg Cirugía* 1987; 52: 157-162.
15. Hernández N, Velan O, Caruso E y col. Análisis de la correlación entre la prueba escrita y la entrevista personal en la selección de médicos residentes. *Medicina* 1983; 43: 509-512.
16. ELAREC. Encuesta de residentes de Cardiología. Tema libre presentado en Jornadas Interresidencias de Cardiología 1991.
17. Vallejos J. Estructura de las Residencias de Cardiología: resultados de una encuesta nacional. *Rev del CONAREC* 1994; 32: 49-54.

APENDICE**Centros participantes****Capital Federal**

Hospital C. Argerich, Hospital de Clínicas "Gral. José de San Martín", Hospital Israelita, Hospital Italiano, Hospital "José Méndez", IMOS, Hospital Naval, Hospital Ramos Mejía, Instituto de Cardiología del Hospital Español, Instituto Cardiovascular Buenos Aires ICBA, Instituto de las Clínicas Cardiovasculares, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular "Fundación Favalaro", Policlínico Bancario, Sanatorio Anchorena, Sanatorio Mitre.

Córdoba

Hospital Córdoba, Hospital Italiano, Hospital M. Quiroga, Instituto Modelo de Cardiología, Sanatorio Allende, Sanatorio Parque, Sanatorio Sucre.

Corrientes

Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral".

Jujuy

Instituto de Cardiología.

La Plata

Hospital Italiano, Hospital San Juan de Dios, Hospital San Martín, Sanatorio Dr. Rossi.

Rosario

Hospital Británico, Hospital Español, HECA, Hospital Italiano, Instituto de Cardiología ICR, Sanatorio Centenario, Sanatorio Delta, Sanatorio Parque, Sanatorio Plaza.

Tucumán

Hospital Rivadavia, Instituto de Cardiología, Sanatorio 9 de Julio.