

## Consenso Nacional de Educacion Medica en Cardiologia

JORGE TRONGE\*, RICARDO IGLESIAS\*\*

El mundo que se le presenta al medico recién recibido es complejo. El vertiginoso crecimiento del conocimiento medico, el progreso tecnologico y las expectativas de la sociedad con respecto a su entrenamiento y actualizacion permanente generan en el profesional una abrumadora carga de responsabilidades, sin omitir las necesidades afectivas y economicas de su propia vida familiar.

El numero masivo de estudiantes, el excesivo academicismo con escasos conocimientos practicos y la falta de contacto con la realidad del quehacer cotidiano hacen del medico recién egresado un profesional sin una preparacion adecuada para desarrollar su actividad. (1)

Es entonces necesario completar la educacion de grado, con un posgrado que cubra las necesidades formativas que surgen de las carencias universitarias.

Por cierto que nos hacemos medicos siendo medicos, pero se necesita una metodologia de ensenanza para madurar mejor y mas rapido.

La medicina es una profesion erudita con profundas raices en diversas ciencias con la obligacion de aplicarlas para beneficio del hombre. Por lo tanto, este proceso educativo dificilmente pueda reducirse a un sistema de autoaprendizaje. (2)

Justamente estos conceptos fueron los que movilizaron la creacion de residencias medicas a fines de la decada de los '50, con el objetivo de constituir un sistema de formacion basado sobre el aprendizaje supervisado y en el desarrollo conjunto de medicos recientemente recibidos.

Los resultados alcanzados con el nuevo sistema de formacion medica en Alemania y los Estados Unidos rapidamente llegaron a nuestro pais.

A principios de los anos '60 se crean las primeras residencias en Cardiologia, multiplicandose en organismos estatales y privados.

El balance historico de estos casi 40 anos es mas que satisfactorio; hasta la actualidad estas residen-

cias son el paso inicial de gran parte de los profesionales que egresan de las distintas facultades de nuestro pais, sin que hayan sido superadas por ningun otro sistema educativo.

El recurso humano egresado del sistema de Residencias ha sido de extraordinaria calidad, que se evidencia en el hecho de que forman parte mayoritaria de los servicios de Cardiologia de todo el pais, ocupan cargos relevantes en las sociedades cientificas y son innumerables los aportes academicos y educacionales efectuados a la Cardiologia argentina.

Un hito historico, que traduce la madurez de la Residencia de Cardiologia fue la fundacion, en 1980, del Consejo Argentino de Residentes de Cardiologia (CONAREC), englobando a todos los residentes del pais, con el objetivo de compartir sus propias experiencias medicas.

El trabajo mancomunado de los residentes se ha visto reflejado en cada una de sus jornadas anuales y en el alto nivel alcanzado en sus numerosos trabajos cientificos.

La realizacion de importantes estudios multicentricos, pioneros en nuestro pais, es la demostracion mas importante del medico joven, quien por su natural pureza intelectual, "solo" analiza con criterios cientificos los resultados de un estudio.

Sin embargo, en la actualidad, todos sabemos que el sistema de Residencias Medicas se encuentra en crisis, probablemente relacionada con la ausencia de una polftica sanitaria coherente.

En los ultimos cinco anos ha disminuido de un modo notable el numero de vacantes y centros formadores, fundamentalmente en el sector publico, debido a recortes presupuestarios.

El elevado numero de profesionales que no acceden a la formacion genera un serio problema en el componente de los recursos humanos de cualquier sistema de salud.

En la actividad cotidiana del residente se observa

con mayor frecuencia la falta de supervision del aprendizaje por medicos con experiencia en la docencia. A pesar de que la relacion docente/residente es adecuada para garantizar un control efectivo segun los estandares de calidad (1/5), la distribucion horaria demuestra que los residentes realizan gran parte de su trabajo sin control, ya que practicamente el 50% de los medicos de planta trabajan menos de 4 horas, lo cual implica mas de la mitad de la carga horaria del residente sin supervision.

El numero de actividades educativas organizadas por los servicios (ateneos, conferencias, etc.) con la participacion de los medicos de planta ha disminuido significativamente. (3)

Esta situation es de graves consecuencias, ya que la guia tutora es esencial para el aprendizaje del fino diagnostico clinico, la integracion de todos los datos y la inteligente solicitud de interconsultas con otros especialistas.

Otro hecho alarmante es la anarquia en la confeccion de la curricula, ocasionando evidentes deficiencias formativas. Un 30% de futuros especialistas en Cardiologia no han tenido experiencia en Medicina Interna, considerada como formacion basica a nivel internacional y un 25% de residentes no rota en subespecialidades como Medicina Nuclear, Electrofisiologia, Cardiologia Pediatrica.

Este deficit formativo limita las posibilidades laborales futuras y la atencion medica correcta.

En la actualidad, el sistema de Residencias Medicas carece de mecanismos evaluadores que permitan detectar fallas y corregirlas. Todo sistema educativo debe realizar un analisis de la metodologia de la ensenanza, de los docentes, de los centros formadores y del producto final que en este caso es el medico residente.

En estos ultimos anos instituciones medicas y sociedades cientificas han realizado esfuerzos para revertir estas deficiencias formativas, pero las soluciones solo abarcaron a una escasa minoria.

Los Estados Unidos, Inglaterra y paises latinoamericanos como Mexico y Chile han realizado consensos donde determinaron cuales son los objetivos a cumplir en los primeros anos de formacion, especificando claramente las características que debe tener un entrenamiento adecuado. (4-8)

Es necesario que en la Argentina tambien realicemos un programa nacional de Residencias Medicas, donde se especifiquen claramente las bases tecnicas y eticas, las cuales seran los cimientos de toda la futura carrera profesional, priorizando la definicion del modelo de especialista que queremos formar, contemplando las problemáticas puntuales como el tipo de practica que va a desarrollar el profesional reconociendo las características regionales de nuestro país.

Para tal efecto, la Sociedad Argentina de Cardiologia ha convocado a casi 200 reconocidos educadores medicos y residentes con la finalidad de consensuar que es un cardiologo, como se llega a serlo, como se debe preparar, cual es el escenario educativo de los centros formadores, como se debe evaluar y como debemos protegerlos para lograr el objetivo propuesto.

Se establezcan normas eticas basicas en la actividad asistencial y academica, insertando al medico en "nuestra realidad" y no formando seres utopicos en hospitales inexistentes. El fin principal es enseñar a "pensar", ya que para los medicos los numeros aportan informacion, pero solo el razonamiento fisiopatologico permite diagnosticar y tratar una enfermedad.

Para esto es necesario que tambien los "educadores" reunan las condiciones idoneas para alcanzar este objetivo.

Un programa educativo organizado, confiable, bien estructurado y factible garantizara una formacion eficiente y eficaz que redundara en beneficio de la salud de los pacientes y le otorgara al medico un reconocimiento y prestigio social acorde con sus esfuerzos.

El Consenso Nacional de Education Medica en Cardiologia proveera a las autoridades nacionales en materia de salud un instrumento apropiado de acreditacion y control de la calidad academica en los primeros anos de formacion.

Establecer los estandares de calidad profesional sera una exigencia para todo sistema de salud que quiera ingresar en el proximo milenio con la posibilidad de integracion internacional.

El Consenso aportara un marco organizativo y actualizado a la Residencia Medica ya que en sus casi 50 anos de vida ha sufrido el paso del tiempo y los frecuentes cambios de politicas sanitarias pero que, a pesar de las deficiencias enumeradas, es sin lugar a dudas el sistema formativo que permite una mayor supervision y en el que el producto final recibe mayores controles.

La rapida correction de estos desequilibrios es un desafio critico que afronta la medicina de nuestros dias y la forma en que lo resuelva establecera el futuro papel del medico en la sociedad.

Para finalizar queremos comentar la conferencia del Dr. Richard Gorlin (9) en la reunion del American College of Cardiology del año 1996 en la cual analizo el pasado, presente y futuro de la cardiologia:

a) De 1950 a 1980 se produjeron grandes avances en la fisiologia cardiovascular, en su bioquímica, en la hemodinamia, en las tecnicas por imagenes, etcetera.

b) De 1980 a 1990 los cambios se orientaron mas a la intervencion sobre el paciente, los estudios multi-

centricos, las nuevas drogas y la biología molecular.

c) A partir de 1990 y dirigido al próximo milenio se producen cambios profundos en el sistema de salud (*Medicine as business*) con tres consecuencias:

1) Cambios en el estado de los médicos y de los pacientes que deben modificar su forma de actuar,

2) Existen "victimas" como lo son la Educación Médica, la Investigación y los Hospitales Comunitarios y

3) Surgen como victoriosos los Fondos de los administradores de salud.

De sus conclusiones podemos inferir que nuevas barreras se interpondrán en el camino de la educación médica, ya que esta no representa un balance positivo en la relación costo-beneficio para alguno de nuestros "administradores de salud".

#### BIBLIOGRAFIA

1. Iglesias R, Sosa Liprandi A, Daru V y col. Selección de médicos residentes. Evaluación de los conocimientos cardiológicos y de las experiencias del pregrado. *Medicina* 1992; 48:201-211.
2. Agrest A. Cualidades deseables en los médicos. *Medicina* 1988; 48:201-211.
3. Carballido R, Ayala Paredes F, Amarilla A, Salazar C, Mazoli O, Iglesias R. Estado actual de las residencias de cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 1997. *Rev Argent Cardiol* 1998; 66: 269-276.
4. Alpert J, Arnold W, Chaitman B y col. Task Force I: Training in clinical Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1995; 45:1-34.
5. Hall R, Boyle R, Webb Peplow M y col. Guidelines for specialist training in Cardiology. *Brit Heart J* 1995; 73: 1-24.
6. 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 Mex* 1996; 66: 539-543.
7. Rosselot J. Cuatro orientaciones y una estrategia para las modificaciones previstas en la educación médica. *Rev Med Chil* 1995; 123: 1292-1296.
8. Toro C. Formación de Cardiólogos y Cirujanos Cardiovasculares. Visión de la Universidad. *Rev Chil Cardiol* 1998; 17:17-19.
9. Gorlin R. Cardiologist adapts to healthcare change for the year 2000. The Herrick Lecture. *Circulation* 1996; 94: 1781-1785.