

Estado actual de las Residencias en Cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 2009-2010

Current Status of Cardiology Residencies. 2009-2010 National Survey of Residents

PABLO PIERONI^{†,1}, JORGE ALLÍN^{†,1}, DIEGO LOWENSTEIN^{MTSAC,1}, GONZALO PÉREZ¹, FERNANDO GUARDIANI^{MTSAC,1}, SILVANA METTINI¹, EMILCE TRUCCO¹, AGUSTÍN FERNÁNDEZ¹, SEBASTIÁN PAZ¹, GUILLERMINA ELEIT¹

“La mayor parte de lo que ignoramos es mayor de lo que sabemos.”
PLATÓN, filósofo griego

Dirección para separatas:

Pablo Pieroni
FIDES Consultas Médicas
San Martín 210
(4600) San Salvador de Jujuy
Tel. 0388-4225913
e-mail: pablopieroni13@yahoo.com

RESUMEN

Introducción

El sistema de residencias representa en la actualidad el mejor medio reconocido para una formación integral de la especialidad. Las múltiples influencias ejercidas sobre este sistema han llevado a que sufriera diferentes modificaciones a lo largo de los años.

Antecedentes

El Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC), desde hace ya 20 años, intenta determinar cuál es la realidad de la situación en que se halla el sistema de residencias.

Objetivos

Realizar un análisis completo de situación de los cardiólogos en formación de diversos centros del país, abarcando los temas de mayor interés, como son las variables demográficas, la actividad asistencial, la formación académica, los factores de riesgo cardiometabólico y el estado psicológico.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, a través de una encuesta anónima y voluntaria, a 280 residentes de cardiología en el marco de las XXIX Jornadas Inter-residencias de Cardiología CONAREC 2009. Se analizaron distintas variables, cualitativas y cuantitativas, relacionadas con aspectos demográficos, académicos, asistenciales, laborales, factores de riesgo cardiometabólico y por último se evaluó, con la encuesta de *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, la calidad de vida de los residentes mediante el análisis individual sobre la realización personal, la despersonalización y el agotamiento emocional.

Resultados

La edad promedio fue de 28 años, el 58% eran hombres, el 81% solteros y el 15% tenía al menos un hijo. El 55% realizaba su residencia en centros de Capital Federal y el 77% en centros privados, de los cuales el 86% tenían sala de hemodinamia y cirugía cardiovascular. El promedio de residentes por centro fue de 8, el 83% tenía jefe de residentes, el 55% instructor de residentes y el 44% tenía un médico de guardia activa. La cantidad de guardias promedio por mes fue de 7; el 50% de los residentes se encontraban en 3.º/4.º año y sólo el 4% tenía horario reducido posguardia. En cuanto a la formación académica semanal, el 77% tenía ateneos clínicos, el 82% clases teóricas y el 56% ateneos bibliográficos. En el aspecto laboral, en cuanto a su relación contractual, el 60% se encontraba con una beca, el 56% recibía una obra social, el 66% tenía una aseguradora de trabajo y el 63% debía realizar un trabajo extra-residencia para poder mantenerse económicamente. El 33% trabajaba ≥ 80 horas/semana y el 36% dormía ≤ 35 horas/semana. El 55% refirió sentirse frecuentemente defraudado con el trabajo y la mitad de los encuestados manifestaron que se sienten frustrados con el trabajo por lo menos una vez por semana. El 38% sienten, por lo menos una vez por mes, que no les importa lo que les ocurra a las personas que tratan y que sólo 1 de cada 3 residentes cree que consigue diariamente cosas valiosas en su trabajo.

Conclusiones

En estos últimos 20 años de evolución, el sistema de residencias ha tenido transformaciones significativas en lo que respecta a sus bases formativas, académicas y asistenciales, y se presenta además con una gran heterogeneidad de manifestaciones educativas y laborales a lo largo de todo el país. Hay un porcentaje elevado de centros con residencia que no cumplen con los requerimientos mínimos indispensables para la formación académica y asistencial. Asimismo, se deberían reevaluar las condiciones laborales establecidas actualmente en todos los centros de formación.

REV ARGENT CARDIOL 2011;79:167-178.

Palabras clave >

Internado y residencia - Calidad de vida - Condiciones de trabajo

Consejo Argentino de Residentes de Cardiología - CONAREC

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

[†] Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Miembros de la Comisión Directiva CONAREC 2009-2011

Este trabajo se publica en forma simultánea con la Revista CONAREC

INTRODUCCIÓN

Las definiciones existentes de un sistema de residencias van desde la mencionada inicialmente por la resolución 1778/61 del Ministerio de Salud de la Nación, que la estima como “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”, (1) hasta la mencionada por los programas vigentes en la provincia de Buenos Aires, que estima que la residencia es un “sistema de educación destinado a complementar en forma metódica y progresiva la formación básica y el entrenamiento de graduados recientes con el fin de lograr la capacitación como especialistas en alguna disciplina médica”. (2)

Cualquiera de las definiciones engloban el mismo concepto, haciendo referencia a un medio por el cual el médico, recién recibido, pero en pleno uso de sus facultades y con una abrumadora carga de responsabilidades y deberes, puede optar para completar un entrenamiento único y completo, en una especialidad a elección, por el término de los siguientes años y de manera progresiva y continua, por el cual se adentra en un área específica de la medicina. (3)

Hoy en día puede decirse que “el sistema de residencias médicas se considera ‘el mejor’ sistema de formación para la práctica de una especialidad y también para la práctica de la medicina general”. (4)

Sin embargo, este prometedor sistema está sufriendo serios y perjudiciales cambios que afectan a la vocación misma. Este malestar entre los médicos queda demostrado cuando “uno de cada cuatro no volvería a estudiar medicina y más de uno de cada tres no estaría satisfecho con que alguno de sus hijos decidiera estudiar medicina”. (5)

Todos estos cambios oponentes al bienestar del sistema de residencias, como al sistema de salud en general fueron secundarios al vertiginoso crecimiento del conocimiento médico, al progreso tecnológico, al número masivo de estudiantes y el escaso número de centros formadores, al cuidado gerenciado y a la medicina prepaga, a los aspectos legales y la medicina defensiva, las mayores expectativas de los pacientes y al escaso tiempo y demás problemas del sistema y a la falta de mecanismos evaluadores del sistema. (6)

Son numerosos los trabajos publicados en los últimos años respecto de la situación que está atravesando la medicina, con graves efectos perjudiciales en la calidad de vida de sus médicos, como en su formación académica y con la grave repercusión que esto significa en la atención a sus pacientes. (7)

El Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC), sociedad científica de cardiólogos en formación, autónoma y sin fines de lucro, única en el mundo con más de 900 miembros y 30 años ininterrumpidos de trayectoria, viene trabajando desde hace más

de 20 años, investigando y analizando esta realidad que se presenta durante la residencia día a día, en pro de garantizar a sus miembros las mejores condiciones posibles con un solo fin, que es el de jerarquizar la formación académica y asistencial, sin descuidar con esto las condiciones laborales de los residentes de cardiología.

Desde 1991 y en los años sucesivos ha ido mostrando esta realidad en la forma de encuestas de sus propios actores, los residentes. Todos los resultados obtenidos indican los mismos puntos repetitivos donde se centra el problema en cuanto a que las remuneraciones y los beneficios sociales son heterogéneos y escasos en relación con las exigencias laborales, a que la actividad académica depende fundamentalmente de los residentes, a que existe una supervisión inadecuada del trabajo cotidiano y a una notable disparidad en la formación en los distintos centros, lo que ocasiona que más de la mitad de los residentes se hallen disconformes.

Es por esto que, para comprender la realidad de este proceso, el CONAREC ha realizado una nueva encuesta prospectiva en el año 2009 sobre las condiciones formativas, académicas, asistenciales y laborales de los residentes, evaluando también condiciones personales individuales que hacen a la calidad de vida de los residentes en el contexto colectivo de la sociedad, permitiéndole de esta forma dirigirse a una medicina de vocación, en que tanto el médico como el paciente se sientan contenidos por un sistema de salud en armonía.

El objetivo de esta Encuesta Nacional de Residentes 2009-2010 es el de investigar el estado en el que se desarrollan las residencias de cardiología en nuestro país, englobando con ello variables como la formación académica, la actividad laboral y asistencial, factores de riesgo, como también la calidad de vida en los residentes de las distintas regiones médicas, concepto este último que incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir que abarca las funciones físicas, emocionales y sociales, así como la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en el que viven y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

El interés se centró en la obtención de información estadística que permitiera ilustrar una realidad de situación y de qué manera se pueden mejorar las condiciones para acercar el vínculo Sistema de Salud-Residencias Médicas y constituya así una verdadera Unidad de Cuidados y mejore de esta manera la calidad de atención que es ofrecida a los pacientes.

Los objetivos primarios apuntan a evaluar el estado de la formación académica de los residentes de la especialidad en nuestro país, así como su actividad asistencial y laboral.

Como objetivo secundario se consideró la calidad de vida en la que se hallan inmersos estos cardiólogos en formación, junto a los factores de riesgo cardiometabólicos presentes en ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio poblacional con análisis de tipo exploratorio, observacional, descriptivo, transversal y no experimental.

Se encuestó a 280 médicos residentes en cardiología, en forma anónima y voluntaria, en el marco de las XXIX Jornadas Interresidencias de Cardiología CONAREC 2009, San Rafael, Mendoza, y mediante nuestra página web en los meses sucesivos.

Variables a analizar

Este trabajo se dividió en cinco esferas:

1. Demográficas
2. Formación académica
3. Actividad asistencial y laboral
4. Factores de riesgo cardiometabólico
5. Calidad de vida

Definiciones

Se determinaron variables comunes para evaluar los aspectos demográficos, la formación académica, la actividad asistencial y las condiciones laborales (Anexo 1).

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, creado por Maslach y Jackson en 1981, el cual mide la frecuencia e intensidad del *síndrome de burnout* (síndrome de desgaste profesional) (Anexo 2). Consta de 22 ítems en total, que se valoran con una escala tipo Likert y en él pueden diferenciarse tres escalas que miden, a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome, como son el *Agotamiento emocional* (con 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo) y la *Despersonalización* (con 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención), en los cuales sus puntuaciones son directamente proporcionales a la intensidad del síndrome. Evalúa asimismo la *Realización personal* (con 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo), cuya puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna al tener en cuenta el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Las puntuaciones del MBI se consideran según terciles: *baja* entre 1 y 33, *media* entre 34 y 66 y *alta* entre 67 y 99.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización personal definen el síndrome. (9, 10)

Análisis estadístico

Los datos obtenidos de las encuestas individuales se incluyeron en una base tipo Excel 5.0. Las variables discretas se expresaron con número (n) y porcentajes (%). Las variables cuantitativas se presentaron como mediana e intervalo intercuartil (IIC 25-75). El análisis de los datos se realizó mediante correlación simple.

Se utilizó el programa estadístico Statistix® 8.0 para analizar los datos de las variables numéricas.

RESULTADOS

Se encuestaron 280 residentes de todo el país. La edad promedio fue de 28 años (27-30) y el 58% eran hombres. El 80% se encontraba soltero y el 15% tenía,

al menos, un hijo. En cuanto a su vivienda actual, el 37% era propietario.

La mitad de los residentes se encontraban realizando la residencia en centros de la Capital Federal, el 16% en instituciones de la provincia de Córdoba y el resto, en menor proporción, distribuidos en 15 provincias del país (Figura 1).

En relación con los factores de riesgo cardiovascular, el 30% era tabaquista activo con una mediana en la cantidad de cigarrillos de 10 paquetes/año (10-15), el 35% tenía un índice de masa corporal ≥ 25 (sobrepeso/obeso) y el 45% no practicaba ninguna actividad física semanal, teniendo en cuenta que de los que realizaban algún tipo de ejercicio físico sólo el 6% le dedicaba más de 6 horas/semana. Al interrogar sobre el conocimiento de sus valores de presión arterial, colesterol total y glucemia en ayunas, el 81%, 58% y el 73% contestaron haberse controlado al menos una vez estos parámetros, respectivamente.

El 77% de los residentes ejercían su formación en una institución privada. El número de residentes por centro fue de 8 (6-12). El 83% de las residencias tenían jefe y sólo la mitad un instructor a cargo. En cuanto a la toma de decisiones médicas efectuadas por el residente, el 41% refirió que siempre eran supervisadas por un médico de planta, el 48% con frecuencia y el 11% con poca frecuencia. Las principales características de la residencia se exponen en la Tabla 1.

La mayoría de los centros eran de alta complejidad; en el 86% de los casos, instituciones con sala de hemodinamia y cirugía cardiovascular. En la Tabla 2 se detallan los diferentes servicios complementarios de los centros con residencia.

De los encuestados, el 70% realizaba el Curso de Especialista en Cardiología, el que sólo en el 23% era abonado por la institución (Figura 2). En relación con las formas de ingreso a la residencia, el 96% realizó un examen escrito y el 14% un examen oral. Asimismo, el 76% debió realizar una entrevista personal y sólo en el 57% de los casos se solicitó como herramienta de selección el *currículum vitae*.

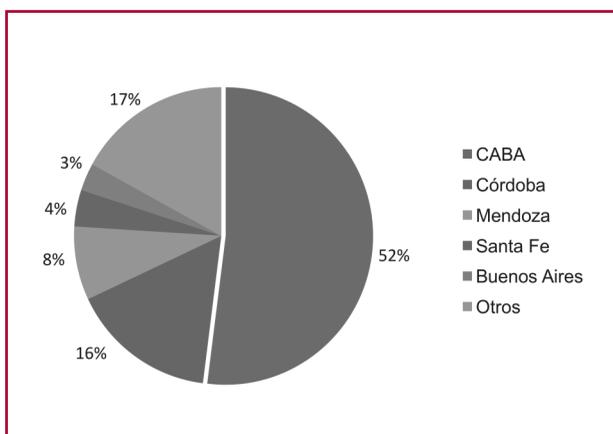
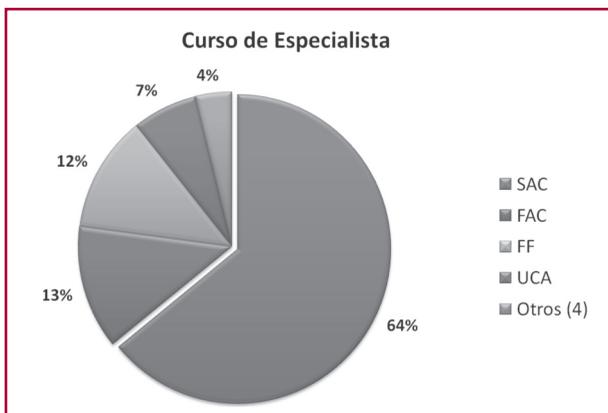


Fig. 1. Residentes por provincia

Tabla 1. Características generales

Características	n	(%)
Edad (IIC 25-75)	28	(27-30)
Sexo masculino	161	(58)
Soltero	222	(81)
N° de residentes por centro (IIC 25-75)	8	(6-12)
Jefe de Residentes	231	(83)
Instructor de Residentes	154	(55)
Año de Residencia		
- 1°	50	(18)
- 2°	90	(32)
- 3°	71	(25)
- 4°	69	(25)
Curso de Especialista	196	(70)
N° de guardias/mes (IIC 25-75)	7	(5-8)
Horario reducido posguardia	11	(4)
Médico de planta de guardia activa	123	(44)

**Fig. 2.** Distribución según Curso de Especialista. SAC: Sociedad Argentina de Cardiología. FAC: Federación Argentina de Cardiología. FF: Fundación Falvaloro. UCA: Universidad Católica Argentina.

El 80% de las residencias cuentan con un programa docente destinado a la formación integral del residente en cardiología, del cual las dos terceras partes (67%) de los residentes refieren no estar informados de su contenido y el 44%, que no se cumple de manera satisfactoria. El 69% de los centros formadores exigen, al menos, un año de Medicina Interna previo al ingreso en Cardiología y el 16%, por lo menos, 6 meses; este requisito no está contemplado en el 15% de los casos.

En cuanto a la actividad académica del residente, el 58% realizó alguna publicación en revistas de la especialidad, el 80% una presentación en congresos/jornadas médicas y el 74% participó, al menos una vez, en un ensayo clínico.

El 12% de los encuestados no cuenta con ningún cardiólogo clínico que cumpla con una función docente

Tabla 2. Características del centro

Características	n	(%)
Privado	215	(77)
Internación sala general	279	(100)
N° de camas sala general (IIC 25-75)	20	(12-50)
Internación unidad coronaria	273	(98)
N° camas unidad coronaria (IIC 25-75)	10	(8-17)
Ergometría	275	(98)
Ecocardiografía	279	(100)
Cámara gamma	211	(75)
TCMC	113	(40)
RMN cardíaca	70	(25)
Hemodinamia	241	(86)
- 24 horas	220	(79)
Electrofisiología	219	(78)
Cirugía cardiovascular	241	(86)
Trasplante cardíaco	76	(27)
Recuperación cardiovascular	234	(84)

TCMC: Tomografía computarizada multicorte. RMN: Resonancia magnética nuclear.

directa y de responsabilidad en su formación, cifra que se eleva hasta el 28% si consideramos a cardiólogos subespecialistas con esta misma función.

La mediana de guardias al mes es de 7 (5-8), de las cuales sólo el 44% están supervisadas por un médico de planta con guardia activa.

El 90% realiza pase de sala con médicos de planta. Sólo la mitad posee ateneos bibliográficos en su formación y el 18% no tiene clases teóricas durante la semana (Figura 3).

Al solicitarles una respuesta sobre cómo considerarían su formación cardiológica integral, el 53% respondió que *buena*, el 34% como *muy buena* y el 13% como *regular/mala*.

El 60% de los residentes recibe una beca en cuanto a su relación laboral y dos tercios de todos los encuestados refieren que cobran un sueldo inferior a los 3.000 pesos/mes (Figura 4).

Las condiciones laborales de los residentes se grafican en la Figura 5, en la que se evidencia que sólo el 56% posee obra social y la tercera parte no posee aseguradora de riesgos del trabajo.

En lo que respecta a la jornada laboral, las dos terceras partes de los residentes trabajan más de 60 horas/semana y el 36% duerme menos de 35 horas/semana (Figura 6). Sólo el 4% de los residentes tienen horario reducido posguardia.

Asimismo, el 63% refirió que necesitaba un trabajo extrarresidencia para poder sostenerse económicamente, con la realización de guardia en otra institución como el principal recurso laboral utilizado (52%).

Fig. 3. Formación académica-asistencial

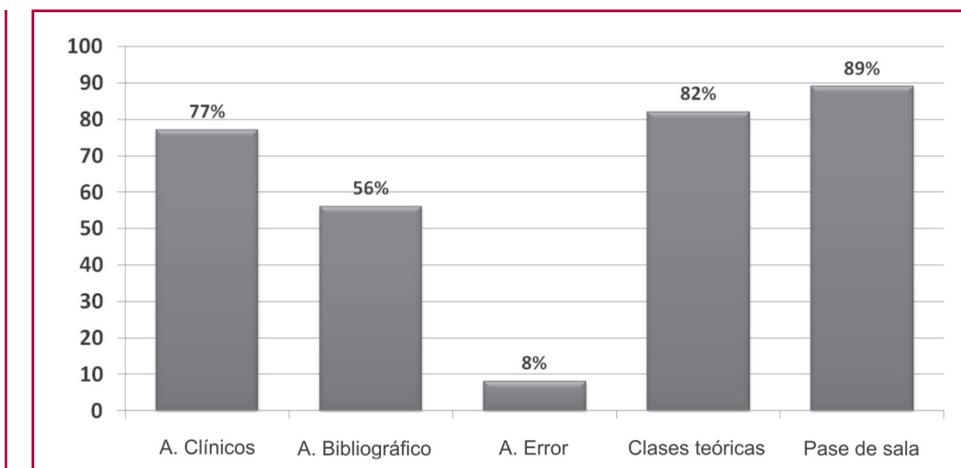


Fig. 4. Tipo de relación contractual y sueldo mensual.

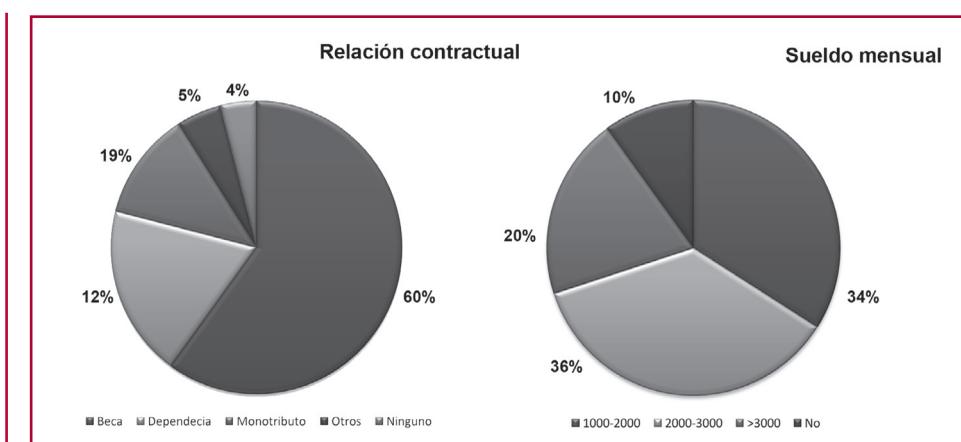
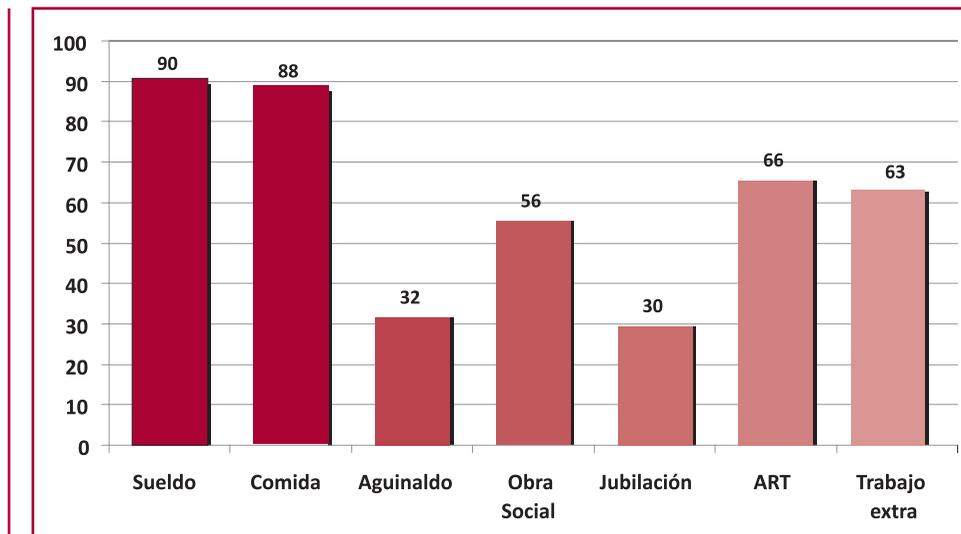


Fig. 5. Características laborales. ART: Aseguradora de Riesgos del Trabajo.



En lo que respecta a la calidad de vida, en la esfera emocional, el 55% se siente frecuentemente defraudado con el trabajo, el 26% refiere que el trabajo lo está desgastando diariamente y la mitad de los encuestados

manifiestan que se sienten frustrados con él, por lo menos, una vez por semana. El 54% de los residentes sienten que se han endurecido más en su relación con los pacientes y el 38% sienten, por lo menos una vez por

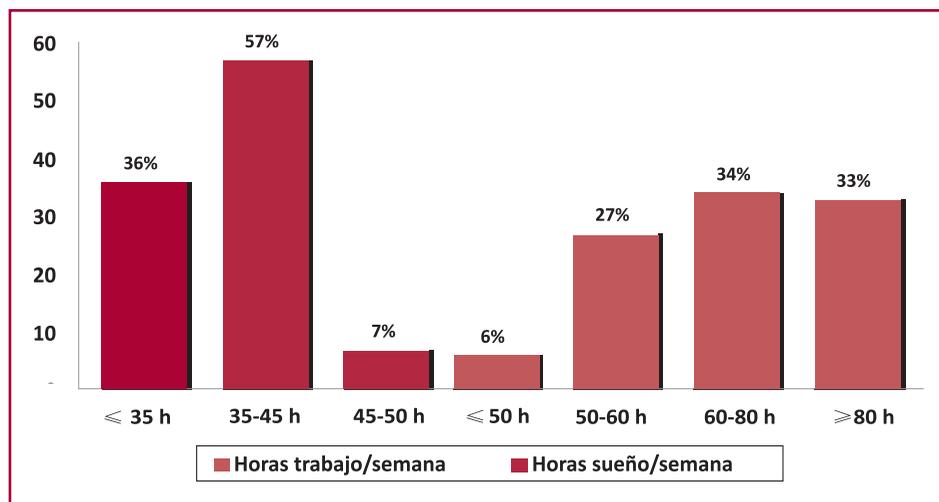


Fig. 6. Distribución de horas de trabajo y sueño por semana.

mes, que no les importa lo que les ocurra a las personas que tratan. Asimismo, el 35% siente que en su trabajo los problemas emocionales nunca se tratan de manera adecuada y sólo 1 de cada 3 residentes cree que consigue diariamente cosas valiosas en su trabajo.

En la Figura 7 se pueden ver los resultados de la encuesta de MBI con los datos discriminados por las principales variables que conforman el *síndrome de burnout*.

DISCUSIÓN

Si bien la mayoría de los residentes pertenecen a centros privados, que en su mayor parte son de alta complejidad, no es despreciable el hecho de que uno de cada cinco de los residentes se encuentra formándose en centros de baja complejidad (así considerados los que cuentan sólo con ecocardiografía y ergometría). Esta cifra nos da la pauta de las probables falencias en cuanto a formación en áreas destacadas de nuestra especialidad como son la cirugía y la recuperación cardiovascular, así como todas las técnicas de diagnóstico y tratamiento invasivo en los laboratorios de hemodinamia.

No obstante que las figuras del Jefe de Residentes y del Instructor son pilares imprescindibles en la tarea formadora, uno de cada cinco de los encuestados no cuenta con el primero y la mitad de todos ellos no cuentan con el segundo. Y esto sin mencionar que muchos no cumplen en forma íntegra y completa con sus funciones en cuanto a la elaboración del programa de residentes (1 de cada 5 residentes no cuenta con programa) y a su debido cumplimiento (1 de cada 2 aproximadamente no lo cumplen) o a actividades como clases teóricas y ateneos, que analizaremos luego.

Son diversas las opiniones en cuanto al tiempo necesario de rotación en el área de clínica médica o incluso en servicios de terapia intensiva. (11) En algunos lugares del mundo, las rotaciones se realizan por

especialidades directamente ligadas con la cardiología como son nefrología, neumonología y hasta neurología. (12) Sin embargo, creemos que sería necesario un mínimo de un año de prácticas en Medicina Interna para un mejor desempeño posterior en la especialidad. En lo que pudimos observar, aproximadamente 1 de cada 3 no cumple con esta base formativa.

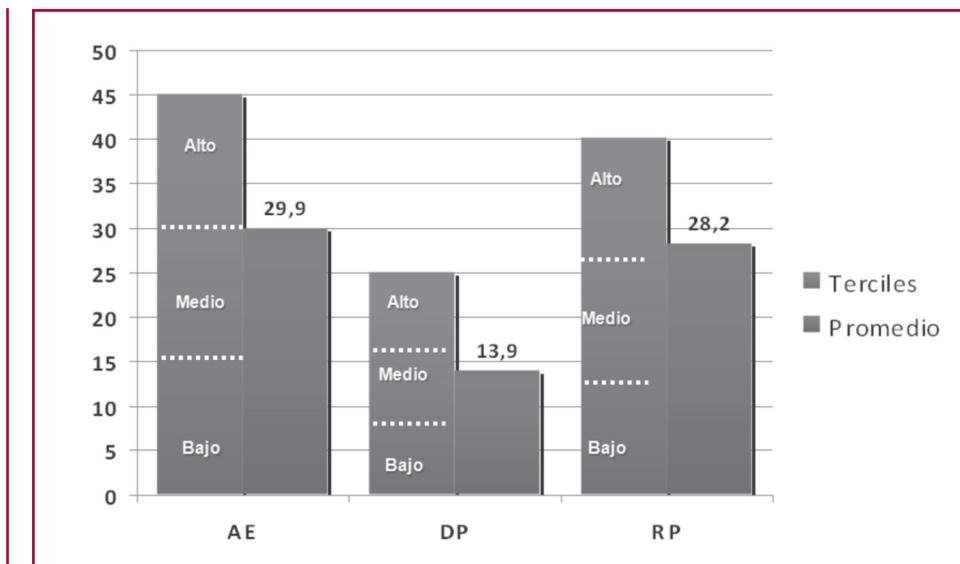
Otro aspecto relevante es el mecanismo utilizado en la actualidad para la evaluación de los que ingresan al sistema. En España, por ejemplo, se rinde un solo examen para ingresar a todos los centros, lo cual pareciera que es una buena herramienta de evaluación, equitativa y equiparable. (13)

Por otro lado, pese a que la realización de un Curso de Especialista, idealmente universitario, también debería ser uno de los requisitos fundamentales, pudimos observar que la tercera parte no tiene acceso a él.

La principal enseñanza de la especialidad se realiza diariamente dentro de cada centro, no obstante lo cual en lo referente a cada toma de decisiones menos de la mitad respondieron que están supervisados siempre por un médico de planta. Al considerar el número de cardiólogos clínicos del servicio que cumplen con una función docente directa con responsabilidad en la formación del residente, observamos que uno de cada diez cardiólogos en formación no cuenta con ninguno y mucho menos al considerar los expertos subespecialistas, que ascienden a uno de cada tres residentes.

En estos centros destinados a formar los futuros especialistas en nuestra área podemos ver que en un gran número de centros no se realiza recorrida de servicio, no tienen ateneos integradores, no presentan ateneos bibliográficos, no se dictan clases teóricas e incluso hasta más del 90% no conocen qué es un ateneo de error, teniendo en cuenta que todo lo mencionado forma parte de los pilares mismos del aprendizaje y no tan sólo de los cardiólogos en formación, sino del servicio mismo como medio de crecimiento y superación.

Fig. 7. Calidad de vida. Variables evaluadoras del síndrome de burnout. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal.



Un dato positivo fue el observar que la mayoría de los encuestados presenta y publica artículos en congresos y revistas de la especialidad, respectivamente, más allá de que esto en gran parte esté motivado por la obligatoriedad de este accionar para poder acceder a algunos cursos de especialistas universitarios que lo incluyen como requisito y nuevamente de ello se evidencia la importancia de formar parte de estos cursos.

Si analizamos lo que sucede en una guardia promedio, podemos entender las dificultades que se presentan, dado que menos de la mitad de ellas se realizan con un cardiólogo interno activo. Incluso en algunos centros todavía existen médicos residentes que no tienen supervisión ni apoyo durante las guardias por parte de un superior más capacitado.

En cuanto a las relaciones contractuales, hasta el 22% de los médicos en formación no mantienen ningún tipo de relación laboral directa con la institución donde trabajan, lo que implica que una gran parte de los residentes se encuentren sin los servicios básicos de obra social, aseguradora de riesgos del trabajo, seguros de mala praxis, ni ningún otro. Y considerando que, además de los gastos habituales de todo trabajador, estos trabajadores no tienen incluidos otros servicios, como son su comida, alojamiento o el propio Curso de Especialista.

Los sueldos son muy heterogéneos, como el resto de los datos que fuimos evaluando. Si tenemos en cuenta la canasta básica actual (calculada para marzo de 2010 por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas), (14) el 42% de los residentes encuestados se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 9% bajo la línea de la indigencia y esto representa a su vez que aproximadamente el 26% se encuentra bajo el salario mínimo, vital y móvil (calculado para enero de 2010 por Resolución de CNEPSMVM del 2009). (15)

Estos médicos jóvenes, en un 18%, realizan más de las 8 guardias por mes que se considerarían las máximas toleradas y sólo un 3% de ellos son compensados

con un horario reducido posguardia (existente en Europa y en los Estados Unidos). (16) Asimismo, un 63% debe trabajar en otros sitios, en la forma de guardias, consultorios u otras actividades extrarresidencia.

La ley 11.544 de jornada de trabajo, (17) en su artículo primero destaca que la jornada de trabajo no podrá exceder las 8 horas diarias o 48 horas semanales, aunque parece que esto no incluiría a los médicos residentes cuando 1 de cada 3 trabajan más de 80 horas semanales (más de 11 horas por día) y descansan menos de 35 horas semanales (menos de 5 horas por día).

Por último, llama la atención el desconocimiento de factores de riesgo en nuestra propia población y sus altos índices de aparición, teniendo en cuenta que convivimos día a día en la prevención de estos factores en nuestros pacientes sin percatarnos de que no somos inmunes, para concluir una vez más que el médico es el paciente más difícil.

También son numerosos los trabajos publicados sobre la afeción psicológica, el *burnout* y su relación con una atención peor y una tasa mayor de depresión en estos especialistas en formación, que ya desde su primer día de residencia llevan un ritmo de vida al borde de la supervivencia. De los resultados claramente se desprenden el descontento y la pérdida de la vocación, espíritu mismo de esta medicina. Quizás lo más llamativo de los datos obtenidos sea el alto porcentaje de médicos jóvenes que en sus inicios presentan lo más contrario a nuestros principios éticos y morales, la despersonalización, ese sentimiento tan cruel que hace que ya no interese velar por el problema que aqueja al paciente. (18-20)

Limitaciones del estudio

Por tratarse de una encuesta de carácter anónimo y voluntario, y teniendo en cuenta también el marco dentro del cual se realizó, no podemos dejar de suponer, como primera medida, que podría prestarse a algunos sesgos de selección.

Por otro lado, estos resultados surgen de residencias de cardiología, por lo que no deben extrapolarse a otras especialidades al no ser comparativa con otras profesiones; por ello tampoco podemos decir que estos déficits no puedan ser generacionales y que muchos de los residentes encuestados pertenecen a un mismo centro (sesgo de inclusión), por lo cual los resultados pueden estar sesgados por un grupo de residentes de un mismo centro.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que en estos últimos 20 años de evolución el sistema de residencias ha presentado transformaciones significativas en lo que respecta a sus bases formativas, académicas y asistenciales, que se presenta además con una gran heterogeneidad de manifestaciones educativas y laborales a lo largo de todo el país. En cuanto a los principales puntos evaluados, como la formación académica y asistencial, un alto porcentaje de residencias no cumplen con los requerimientos mínimos indispensables para que se alcancen los objetivos implícitos en su definición. Asimismo, se deberían reevaluar las condiciones laborales establecidas actualmente en los centros de formación, estableciendo y solicitando a las instituciones condiciones sociales mínimas e indispensables para cada residente.

Debemos trabajar arduamente a través de las sociedades científicas en el presente, y con vistas hacia el futuro, para lograr el fortalecimiento académico, asistencial y laboral de todas las residencias médicas del país, construyendo con experiencia mejores senderos para poder mirar todos juntos hacia un mismo destino, que es el de dejar un mañana mejor para todos los médicos en formación.

“Como la vela al arder, el entendimiento humano alumbrá quemándose, consumiéndose y derramando lágrimas.”

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

RECOMENDACIONES

Existen puntos que necesariamente deben considerarse y que deben emprenderse con este sentimiento de cambio.

- El primero de ellos es la necesidad de crear y tener un ente regulador único, que dictamine normas formativas, supervise el funcionamiento y la capacitación de los residentes, de manera desinteresada y sin conflictos de intereses en esta mediación. Debe ser de carácter nacional, y no provincial ni regional, así como federal, de modo que llegue a las residencias más lejanas y recónditas.
- Adecuar el número de médicos especialistas necesarios, acorde tanto a la demanda nacional como a su distribución en las diversas regiones. Para ello debemos contar con más información por parte de los demás organismos acerca de cuántos estudiantes de medicina ingresan y cuántos se reciben, pero

por sobre todas las cosas, cuántos se necesitan. El mensaje no debe ser formemos más médicos para que no falten en ningún lugar del país, sino justamente formémoslos mejor y adecuemoslos a las necesidades que tiene la salud con una distribución nacional mejor.

- Establecer los estándares de formación profesional y de calidad de vida. He aquí el punto más interesante de este proyecto, y quizás también donde intervienen todos los eslabones de esta cadena sanitaria. Entre todos, los que somos, fuimos y seremos médicos especialistas, tanto de un área como de otra, sin importar si hoy somos residentes del primer año o jefes de servicios, si somos la mano de obra o los directores o gerentes de estas instituciones, reconozcamos desinteresadamente y en pro de un beneficio colectivo cuáles deben ser estos lineamientos, estas guías, una biblia en base a la cual todos debemos trabajar y responder, sin cuyo cumplimiento ningún centro pueda ser habilitado o mantenerse en servicio.
- Por último y no menos importante, generar compromisos entre las instituciones y alentar al cuerpo docente a involucrarse más profundamente en la formación de cada residente, recuperando la figura perdida del maestro y de esta manera incentivando y motivando a cada especialista en formación a que quiera ser mejor.

SUMMARY

Current Status of Cardiology Residencies. 2009-2010 Residents National Survey

Background

The residency program currently represents the best environment for an integrated training in the specialty. Yet, the program has suffered several modifications due to multiples influences.

Background

The National Council of Residents in Cardiology (CONAREC, Consejo Argentino de Residentes de Cardiología) has been trying to determine the reality of the residency program situation for 20 years.

Objectives

To perform a complete analysis of the situation of cardiologists in training in several centers of the country, specially in the most interesting areas, as demographic variables, medical practice, academic background, cardiometabolic risk factors and psychological status.

Material and Methods

An anonymous and voluntary survey was carried on during the XXIX Cardiology Residencies Conference CONAREC 2009, and the information was used in a descriptive, observational and cross-sectional study. The qualitative and quantitative variables analyzed were related to demographic, academic and labor aspects, medical practice and cardiometabolic factors. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to evaluate the quality of life of residents with the individual analysis of self-fulfillment, depersonalization and emotional exhaustion.

Results

Mean age was 28 years, 58% were men; 81% were single and 15% had at least one child. Fifty five percent were at residency programs in the city of Buenos Aires and 77% in private centers, 86% of which had catheterization laboratory and cardiovascular surgery. Each center had an average of 8 residents, 83% had chief of residents, 55% had instructor of residents and 44% of centers had one in-hospital call physician. Residents were available in-hospital call for an average of 7 days per month; 50% of residents were on the 3rd or 4th year of residency and only 4% had reduced schedules after in-hospital call. Insofar as the academic background, 77% attended clinical seminars, 82% had theory classes and 56% bibliography forums. Sixty percent had a fellowship, 56% had medical coverage, 66% had occupational risk insurance and 63% had an extra job to improve their income. Thirty three percent worked ≥ 80 hours/week and 36% slept ≤ 35 hours/week. Fifty five percent were frequently disappointed with the job and half of the survey respondents declared to feel frustrated with the job at least once a week. Thirty eight percent felt that they do not care about what happened to their patients at least once a month, and only 1 out of 3 residents believed that the job gave him/her valuable things.

Conclusions

During the last 20 years, the residency program has undergone significant changes concerning training and academic aspects and medical practice, and presents great heterogeneity in terms of training and labor issues nationwide. A great number of centers with residency programs do not fulfill the minimum academic background and training in medical practice requirements. In addition, current labor conditions should be evaluated in all centers with residency programs.

Key words > Internship and Residency - Quality of Life - Labor Conditions

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrel Bentz MR. La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. OPS, 2005; ISBN 950-710-100-4.
2. Cottely E y col. Programa de Residencia de Clínica Quirúrgica. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 1998.
3. Trongé J, Iglesias R. Consenso Nacional de Educación Médica en Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 1999;67:277-9.
4. Galli A. Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educ Med* 2009;12:3-5.
5. Doval H. Malestar en la Medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:336-9.

6. Storino R. ¿Técnicos del cuerpo o Médicos de personas? Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Publicado el 1/6/2002. Disponible en www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=4991. Fecha de consulta 1/2/11.
7. Coraglio MF. El Médico como educador principal en el sistema de Residencias de Postgrado. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2009;122:30-2.
8. Carballido R, Ayala Paredes F, Amarilla A, Salazar C, Masoli O, Iglesias R. Estado actual de las residencias de cardiología. *Encuesta Nacional de Residentes* 1997. *Rev Argent Cardiol* 1998;66:269-76.
9. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2:99-113.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
11. Baughman KL, Pepine C, Abrams J, Bashore TM, et al. How to increase the output of cardiologists. 35 th Bethesda Conference. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:231-7.
12. Disponible en www.cardiologie.nl Fecha de consulta 1/2/2011.
13. Disponible en www.mec.es Fecha de consulta 1/2/2011.
14. Disponible en www.observatoriosocial.com.ar/dev/pdfs/informe_12.pdf Fecha de consulta 1/2/2011.
15. Disponible en www.adecco.com.ar/News/5/notas/resolucion_vigente.pdf Fecha de consulta 1/2/2011.
16. Drolet B, Spalluto LB, Fischer SA. Residents' Perspectives on ACGME Regulation of Supervision and Duty Hours— A National Survey. *N Engl J Med* 2010;363:e34.
17. Disponible en www.capba3.org.ar/legales/Laboral/Ley%2011.544%20-%20Jornada%20de%20Trabajo.pdf Fecha de consulta 1/2/2011.
18. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzki B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009;33(4):296-301.
19. Thomas N. Resident burnout. *JAMA* 2004;292(23):2880-9.
20. Fernández Martínez O y col. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2007;19:116-21.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

Agradecimientos

El presente documento se desarrolló gracias al esfuerzo conjunto de 280 residentes miembros del CONAREC, que completaron las respectivas encuestas, con el único fin de pensar en el mañana.

Agradecemos a todos aquellos ex residentes que dieron pie al espíritu de mejora en el sistema de residencias y al Dr. Hugo Grancelli, como a muchos otros expertos, por sus críticas constructivas para el mejor desempeño y obtención de una información más valiosa y representativa.

ANEXO 1

Encuesta sobre las condiciones formativas, académicas, asistenciales y laborales de los residentes de cardiología

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad

Sexo Masculino Femenino

Estado civil Soltero Casado Otros

¿Cuál/es?

Hijos Sí No

Factores o enfermedades previas al inicio de residencia Sí No

¿Cuál/es?

Medicación desde inicio de residencia Sí No

¿Cuál/es?

Inicio de terapia psicológica Sí No

Vivienda Inquilino Propietario

Alimentación provista por el hospital durante horario laboral Sí No

Accidentes de trabajo Sí No

¿Cuál/es?

CONFORMACIÓN DEL SERVICIO Y NIVEL DE COMPLEJIDAD

Tipo de institución Privada Pública

Ciudad donde se encuentra su residencia

N° de residentes en su residencia

N° de concurrentes en su residencia

Jefatura de Residentes Sí No

Instructor de Residentes Sí No

Su servicio cuenta con:

Internación sala general Sí No

N° camas

Unidad coronaria Sí No

N° camas

Recuperación cardiovascular Sí No

N° camas

Cirugía cardiovascular Sí No

Ergometría Sí No

Ecocardiografía Sí No

Hemodinamia Sí No

De urgencia (24 h) Sí No

Cámara gamma Sí No

Resonancia cardíaca Sí No

TAC multicorte Sí No

Estudios electrofisiológicos Sí No

Trasplante cardíaco Sí No

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Año de Residencia

Horas de trabajo semanal ≤ 50 h 50 a 60 h 60 a 80 h ≥ 80 h

Horas de sueño semanales ≤ 35 h 35 a 45 h 45 a 50 h ≥ 50 h

N° de guardias mensuales

Médico cardiólogo interno de guardia Activo Pasivo

Horario reducido posguardia Sí No

N° de semanas de vacaciones anuales

¿Las tomas de decisiones del residente son supervisadas por médicos de planta?

Síempre Con frecuencia Poco frecuente Nunca

INVESTIGACIÓN

En su servicio, la residencia participa en:

Publicaciones en revistas de la especialidad Sí No

- Presentaciones orales en Jornadas y Congresos Sí No
 Protocolos de investigación Sí No (Marque la/las correctas):
 Proyectos originados en su centro Proyectos generados por la industria

ACTIVIDAD DOCENTE

- Curso de Especialista** Sí No ¿Cuál/es?
 Pago por su institución? Sí No
Mecanismo de selección de ingreso utilizado en su residencia (Marque la/las correctas):
 Examen escrito Examen oral Entrevista personal Antecedentes por CV Ninguno
El programa de su residencia en cardiología comprende (Marque la correcta):
 1 año de medicina interna 6 meses de medicina interna Se exige un año previo de medicina interna
 No se exige un año previo ni se tiene previsto ningún período en medicina interna
¿Cuántos cardiólogos clínicos de planta de su servicio de cardiología cumplen con una función docente directa y de responsabilidad en la formación de los residentes?
¿Cuántos cardiólogos subespecialistas (electrofisiólogos, hemodinamistas, en imágenes, etc.) de planta de su servicio de cardiología cumplen con una función docente directa y de responsabilidad en la formación de los residentes?
¿Su residencia de cardiología cuenta con un programa docente escrito donde se especifican: los objetivos de aprendizaje, contenidos de cargas teóricas, esquema de rotaciones y sistema de evaluación del desempeño del residente? Sí No
¿Usted conoce y está informado del contenido de ese programa? Sí No
¿En su opinión ese programa se cumple satisfactoriamente? Sí No
En su servicio se realiza regularmente (Marque la/las correctas):
 Recorrida de Servicio Sí No Ateneos semanales Sí No
 Ateneos Bibliográficos Sí No Ateneos de error Sí No Clases teóricas Sí No
¿Cómo considera usted su formación clínica cardiológica integral?
 Muy buena Buena Regular Mala

SOCIAL

- Tipo de relación contractual** (Marque la correcta):
 Beca Monotributista Relación de dependencia Otra Ninguna
¿Recibe alguna remuneración por su trabajo de residente? Sí No
 Remuneración mensual en pesos: ≤ 1.000 entre 1000 y 2000 entre 2000 y 3000 ≥ 3000
¿Recibe aguinaldo? Sí No
¿Se le brinda obra social? Sí No
¿Efectúa aportes jubilatorios? Sí No
¿Posee aseguradora de riesgos del trabajo (ART)? Sí No
Necesidad de un trabajo ajeno a la residencia para sostenerse Sí No ¿Cuál/es?
 Guardias Consultorios Monitoreos Emergencias Otros
¿Se encuentra estipulado tener día/días libres durante la semana laboral? Sí No
 ¿Cuántos?

FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO

- Índice de masa corporal** ≤ 19 entre 19 y 25 entre 25 y 30 ≥ 30
Tabaquismo Sí No ¿Cuánto (paquetes/año)?
Etilismo Sí No ¿Cuánto (U/semana)?
Ejercicio físico semanal Nada ≤ 3 h 3 a 6 h ≥ 6 h
Conoce usted sus parámetros de:
Tensión arterial sistólica Sí No ¿Cuánto (mm Hg)?
 ≤ 120 entre 120 y 129 entre 130 y 139 ≥ 140
Nivel de colesterol total plasmático Sí No ¿Cuánto (mg/dl)?
 ≤ 160 entre 160 y 199 entre 200 y 279 ≥ 280
Nivel de glucemia plasmática Sí No ¿Cuánto (mg/dl)?
 ≤ 99 entre 100 y 126 entre 126 y 200 ≥ 200

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se evalúa mediante el Maslach Burnout Inventory (Anexo 2).

ANEXO 2**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1 Algunas veces al año:..... 2
 Algunas veces al mes:..... 3 Algunas veces a la semana:..... 4
 Diariamente:..... 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.
14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

AE: Agotamiento emocional. **D:** Despersonalización. **RP:** Realización personal.