

Residencias de Cardiología en la Argentina. Realidades y desafíos actuales

Cardiology Residencies in Argentina. Current Realities and Challenges

HUGO GRANCELLI^{MTSAC}

Las residencias médicas surgieron en nuestro país durante la década de los cincuenta como modelos de formación y capacitación en diferentes especialidades tomando como ejemplo las experiencias ya consolidadas de los hospitales universitarios estadounidenses.

Quienes promovieron inicialmente las residencias buscaron implementar un sistema con características innovadoras en la enseñanza considerando a los residentes como graduados universitarios que participaban de un riguroso y sistemático programa de formación de posgrado. (1)

La residencia médica se define desde sus orígenes 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*” [Resolución Ministerial (RM) N° 1778/60].

De acuerdo con esta definición, se proponía una formación de posgrado que integraba el conocimiento científico y las capacidades técnicas de una especialidad junto con la preparación para aplicarla en un marco sanitario y social determinado. Para esto se planteaba la necesidad de una formación basada en la práctica asistencial de pacientes, con dedicación exclusiva a este objetivo y por un período determinado.

Los primeros reglamentos de las residencias señalaban que “*el cargo de médico residente no debe ser considerado como un empleo, sino como una oportunidad de formar parte de un curso de posgraduados de carácter práctico*” y que “*la remuneración económica que recibe el médico residente no constituye un salario o retribución por servicios prestados, sino un medio de proveer a sus necesidades durante el período de adiestramiento*”. (2)

Estos enunciados destacan que la residencia representa una oportunidad para la formación del joven profesional, pero también señalan que los residentes deben recibir una remuneración económica que les permita satisfacer sus necesidades durante este período de capacitación de tiempo completo.

Bajo estos lineamientos generales, las residencias médicas alcanzaron un desarrollo importante en el ámbito de los hospitales universitarios y públicos, y posteriormente en las principales instituciones privadas, abarcando el amplio espectro de especialidades y

contribuyendo a la formación y la especialización de las últimas generaciones de médicos argentinos.

En general es aceptado en la comunidad médica que las residencias constituyen el sistema más adecuado de formación de posgrado para alcanzar el conocimiento y la capacitación en una especialidad. (3) Sin embargo, es necesario reconocer la existencia de importantes dificultades que se han acentuado en los últimos años, tanto en la implementación y el funcionamiento como en la jerarquización de las residencias en nuestro país.

Lamentablemente, a pesar del crecimiento en la oferta de nuevos centros, el número de vacantes y la capacidad total de puestos resulta insuficiente, por lo cual un porcentaje importante de los médicos egresados de la universidad no acceden al sistema y pierden la posibilidad de una formación en un régimen de residencia.

La falta de jerarquización y de reconocimiento en el marco laboral asistencial del médico que se formó mediante una residencia, sumada a la existencia de otras formas muy diferentes de acceder al certificado de especialista, en general con un nivel de exigencia menor y algunas de ellas sin cumplir con los estándares básicos elementales de capacitación, genera desaliento y confusión en el sistema.

El funcionamiento actual de las residencias médicas, en particular en cardiología clínica, requiere profundas reflexiones que deben considerar la complejidad de nuestro sistema de salud, la crisis actual de las estructuras médicas de servicio y hospitalarias, la falta de reconocimiento a la vocación y la actividad docente, la dinámica de cambios en la práctica de la medicina y la visión y expectativas de las nuevas generaciones en formación.

En las últimas décadas asistimos a un evidente y progresivo deterioro de las residencias que incluye a los diferentes ámbitos (universitario, público y privado), reconociéndose en ellos algunas causas que son comunes y otras diferentes.

Las diversas encuestas llevadas adelante en los últimos 20 años por el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC) acerca del estado y el funcionamiento de las residencias de cardiología en el país nos muestran múltiples carencias y limitaciones que afectan el desempeño y las cualidades de este sistema. (4, 5)

La última encuesta del CONAREC, realizada a finales de 2009 y principios de 2010, muestra datos ostensibles en ese sentido, de acuerdo con la información que brindaron en forma voluntaria 280 residentes de cardiología de todo el país. (5)

En cuanto a la estructura responsable de la formación, se observa que de los residentes encuestados hasta un 18% no tiene jefe de residentes y un 46% carece de instructor de residentes; un 25% no tiene o cuenta con sólo un médico cardiólogo clínico de planta comprometido con la docencia y la formación de residentes en su centro, y esto ocurre en hasta el 45% de los casos cuando se evalúa el compromiso de los médicos de planta expertos en subespecialidades. Más del 10% refieren que no cuentan con actividades docentes grupales del servicio, como recorridas de sala y ateneos clínicos.

El 20% de los residentes no cuentan en su centro con un programa de la residencia y en aquellos en que disponen de él no existe un cumplimiento adecuado en el 44%. En casi un tercio (31%) de los casos no se cumple con el año de medicina interna previo al inicio de la formación en cardiología.

A su vez, en más del 50% de los residentes la toma de decisiones médicas asistenciales no siempre es supervisada por un médico de planta y en algunos casos no cuentan con disponibilidad de consulta durante las guardias médicas.

Con respecto a la carga laboral y la situación contractual, 1 de cada 3 residentes (32%) trabaja más de ochenta horas semanales con un número elevado de guardias. En el 44% de los casos, la retribución mensual es menor o igual a los \$ 2.000 y en casi un 10% es menor de \$ 1.000 o no existe.

En este contexto, el 63% necesita un trabajo ajeno a la residencia para solventar sus necesidades personales, por lo general mediante guardias médicas en otros centros. El 34% de los residentes dispone de un día libre para realizar trabajos externos que contribuyen a su manutención y esto ocurre en el 12% de los cursantes de primer año y en el 25% de segundo año. Por otra parte, en el 21% de los casos no poseen una relación contractual adecuada e incluso un 44% no tiene cobertura médica y un 34% carece de cobertura por accidentes laborales.

Esta información nos muestra que en un porcentaje importante de residentes, y por ende de centros formadores, no se cumplen los postulados básicos de un sistema de residencia con las consecuencias previsibles en la calidad de la formación. Teniendo en cuenta que se trata de una encuesta voluntaria con el sesgo que ello implica, es probable que estos datos no reflejen la real magnitud del problema.

Si bien la información global de esta encuesta y de otras indica una heterogeneidad importante en el funcionamiento de las residencias, es posible apreciar en forma general una deformación creciente del sistema, caracterizada por la insuficiente programación e incumplimiento de la actividad docente, la inadecuada

supervisión de la tarea asistencial, la deficiente interrelación entre el médico formador y el residente y una elevada carga laboral asistencial en detrimento de la enseñanza y las horas de estudio agravada por la baja remuneración y la necesidad de incrementar las horas de trabajo en forma externa, que afecta y diluye el objetivo principal de formación.

Es evidente que existen en el presente residencias de cardiología activas en centros con escaso o nulo compromiso en la formación de los residentes. Esta falta de compromiso suele abarcar la responsabilidad de la institución formadora, al no crear las condiciones necesarias y proveer los recursos imprescindibles para el funcionamiento del sistema, pero también la de los profesionales médicos a cargo y responsables del cumplimiento del programa en cada centro.

Indudablemente, la carencia por décadas de políticas consecuentes para la formación del recurso humano competente en el área de salud, así como la falta de un ente oficial único de regulación y control de calidad de las residencias médicas con influencia en todo el país, también han favorecido un proceso progresivo de cambios donde se acentúan la desigualdad en la calidad de los centros formadores y el deterioro global del sistema.

El régimen de acreditación de residencias de la Carrera de Especialista Universitario en Cardiología de la Universidad de Buenos Aires y el de Residencias Asociadas del país que lleva adelante la Sociedad Argentina de Cardiología desde el año 2001 ha contribuido a mantener y mejorar los estándares de calidad en los centros participantes, pero resulta insuficiente por ser de índole voluntaria y por su limitada capacidad para exigir los cambios necesarios en las instituciones que así lo requieran.

Nuevas expectativas ha generado el reciente Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación de Residencias Médicas del Ministerio de Salud de la Nación, que designó como entidad evaluadora en la especialidad de cardiología clínica para todo el país a la Sociedad Argentina de Cardiología e inició su funcionamiento en el año 2009 (RM N° 450/06, RM N° 1342/07, expediente N° 2002-18398/08-09). En este proceso de acreditación se evalúan en terreno diferentes criterios relacionados con las características asistenciales y de equipamiento del centro, las capacidades y la disponibilidad del cuerpo docente, la programación y el cumplimiento de las actividades formativas y las condiciones laborales del residente que permiten establecer en cada centro las posibles necesidades de corrección para un funcionamiento adecuado de la residencia.

Aunque en la evaluación de una residencia se pueden utilizar numerosos parámetros, todo centro formador con un sistema activo debería reunir determinadas condiciones y cumplir con ciertos requisitos básicos e indispensables. Entre los más importantes: disponer de instalaciones, equipamiento, personal médico y paramédico calificado que permitan la asistencia cardiológica de mediana o alta complejidad; contar con un programa de residencia que englobe la

formación teórica y la capacitación práctica abarcando el amplio campo de la cardiología; el programa debe incluir un primer año de medicina interna y 3 años de cardiología clínica que incluyen rotaciones internas o externas (otro centro) en todas las subespecialidades; la formación debe estar basada en la actividad asistencial programada y escalonada con toma de decisiones supervisada por los médicos de planta; contar con un director y responsable del programa, un jefe de residentes y un núcleo básico de cardiólogos clínicos de planta y subespecialistas responsables de las rotaciones que estén comprometidos con la actividad de formación y con disponibilidad institucional para esta tarea; tener actividades docentes grupales y multidisciplinarias con participación de los diferentes integrantes del servicio (recorridos, ateneos, etc.); la institución debe formalizar la relación contractual con el residente y brindarle una remuneración económica mensual adecuada para su manutención que le permita la dedicación exclusiva de tiempo completo con el sistema y de esta forma poder concentrarse en su formación.

Desde esta perspectiva, es indudable que existe una extensa brecha entre las condiciones originales y los requisitos básicos que debe reunir una residencia y las particularidades del funcionamiento actual de nuestro

sistema. Mejorar esta realidad representa un desafío para el conjunto de los sectores involucrados en su accionar, que incluyen a las autoridades sanitarias reguladoras, las sociedades científicas, los centros formadores y los médicos docentes comprometidos. Son necesarios un amplio y reflexivo debate sobre esta problemática con la participación y el aporte de los residentes, la generación de consensos y normas de funcionamiento, la regulación y el control centralizado de las residencias, junto con el compromiso y el trabajo coordinado de todos los actores, para recuperar la esencia de las residencias médicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell Bentz MR. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - Organización Panamericana de la Salud - OPS, Buenos Aires 2005; cap. 3 p. 103.
2. Fernández Villamil E. Una experiencia argentina sobre residencias en cirugía. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960;74:14.
3. Consenso de Educación Médica en Cardiología de la República Argentina. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2000;68(Supl V).
4. 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.
5. Estado actual de las Residencias en Cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 2009-2010. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:167-78.