

Especialista en cardiología: diferentes caminos, ¿iguales resultados?

Do the Different Pathways to Become Specialist in Cardiology Have Similar Results?

ANDRÉS N. ATAMAÑUK, AMANDA GALLI, RODOLFO A. AHUAD GUERRERO^{MTSAC}, HÉCTOR G. ROITER, DANIELA P. DE MOLLEIN, HUGO GRANCEL^{MTSAC}

Recibido: 01/08/2011
Aceptado: 15/01/2012

Dirección para separatas:

Dr. Andrés N. Atamañuk
Azcuénaga 980
(1115) CABA
e-mail: nicoatama@hotmail.com

RESUMEN

Una especialidad médica puede definirse como un conjunto de conocimientos correspondientes a un área específica. Estos conocimientos son adquiridos por medio de estudios de posgrado luego de obtener el título de médico.

El propósito de este trabajo es hacer una revisión de las diferentes opciones disponibles en nuestro país para llegar a ser médico especialista en cardiología y, así, tratar de determinar si estos diferentes caminos podrían conducir a formaciones similares y equiparables entre los profesionales.

La formación debe entenderse como un proceso de largo alcance a través del cual se modelan el pensamiento y el comportamiento socioprofesional. Este proceso debe ser permanente y debería ser regulado en forma centralizada de modo que permita asegurar la equidad y la homogeneidad en la formación del especialista.

Existen diferentes maneras para llegar a ser médico especialista en cardiología, muchas son combinables y todas emplean diversas herramientas de selección, formación, supervisión, evaluación y control.

En conclusión, esta heterogeneidad en la forma de instruir y peritar al especialista podría devenir en diferentes niveles de profesionales formados.

REV ARGENT CARDIOL 2012;80:152-156.

Palabras clave > Especialización - Residencia médica

INTRODUCCIÓN

Podemos definir como *rama o especialidad médica* a un conjunto de conocimientos médicos especializados en un área determinada del cuerpo humano (órgano, aparato o sistema), en ciertas técnicas de diagnóstico o de tratamiento, en patologías específicas o en subpoblaciones definidas por su edad. Estos conocimientos son adquiridos por medio de estudios de posgrado luego de obtener el título de médico.

La formación debe entenderse como un proceso de largo alcance a través del cual se modelan el pensamiento y el comportamiento socioprofesional. Este proceso debe ser permanente y debería ser regulado en forma centralizada de modo que permita asegurar la equidad y la homogeneidad en la formación del especialista.

Desde el marco legislativo, lo concerniente a la especialización médica en nuestro país fue contemplado por primera vez el 24 de enero de 1967 en el artículo número 21 de la ley nacional 17.132, la cual hace referencia a "El ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas". Este mismo artículo es modificado por la ley nacional 23.873, que fue sancionada y promulgada en 1990. (1-3)

De esta manera, el artículo 1.º de la ley 23.873 reemplaza el texto del artículo 21.º de la ley 17.132 por el siguiente: "Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social":

- Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia escrito y teórico práctico;
- Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;

e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completa, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE LAS DISTINTAS ALTERNATIVAS

De lo expuesto se deduce que las cinco condiciones citadas en la ley se corresponden con las siguientes alternativas de formación profesional y reconocimiento que podemos observar en nuestra práctica médica actual: I. Residencia, II. Concurrencia, III. Curso universitario, IV. Ser profesor universitario y V. A través de colegios médicos y sociedades científicas.

I. Residencia

Las residencias constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado de tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario. (4) El ingreso a la residencia se realiza por concurso; esta es una condición de inicio que establece diferencias con otras vías de formación.

Las residencias médicas presentan otras características que las distinguen del resto de los caminos para la formación de especialistas debido a una serie de estrategias de educación basadas en: a) fuente de formación práctica, b) interrelación con los médicos de planta, c) forjar un sentido de responsabilidad y compromiso, d) integración teórico-práctica, e) promover la interdisciplina y f) establecer una cadena de supervisión y evaluación. (5)

a) Fuente de formación práctica

El programa de residencia centra la formación del joven profesional en la actividad asistencial con el permanente estímulo del caso clínico y enfrentándolo al amplio espectro de la patología de la especialidad. De todos los caminos posibles para llegar a ser especialista, ninguno iguala en carga horaria al contacto que desarrolla el médico residente con los pacientes y a la atención de cuadros cardiovasculares agudos y complejos, otorgando de esta manera un nivel de entrenamiento práctico muy difícil de igualar.

b) Interrelación con los médicos de planta

La díada residente-médico de planta establece un vínculo esencial de transporte de información de manera bidireccional, ya que el médico de planta cumple un

papel de adocinador, marcando en todo momento los conceptos teóricos ilustrados por la práctica médica diaria. Por otro lado, la naturaleza inquieta y cuestionadora del médico en formación mantiene activo y actualizado al propio médico formador.

c) Forjar un sentido de responsabilidad y compromiso

El programa de residencia, que desde su inicio incluye la atención de pacientes con responsabilidades crecientes conforme al progreso de la capacitación del residente y supervisada por los médicos de planta, contribuye a forjar el sentido de compromiso y responsabilidad con el acto médico y el enfermo.

d) Integración teórico-práctica

El programa establece planes de enseñanza teórica en base a clases y ateneos, que permiten una interrelación permanente con la aplicación práctica debido a las tareas asistenciales.

e) Promover la interdisciplina

Por el contacto directo con la problemática asistencial cotidiana, la residencia permite comprender la magnitud y la complejidad del sistema de salud y reconocer la diversidad de ámbitos y estrategias médicas posibles. Contribuye a formar profesionales con capacidad para actuar en forma interrelacionada con otras especialidades y con los otros componentes del equipo de salud, favoreciendo el trabajo interdisciplinario y los modelos de integración en la atención médica.

f) Establecer una cadena de supervisión y evaluación

El programa de residencia se centra en la actividad asistencial programada y escalonada con toma de decisiones supervisada por los médicos de planta, y establece los conocimientos y las capacidades que debe alcanzar el residente y deben ser evaluados en cada etapa de su formación. A esto contribuye el trabajo conjunto y coordinado de los diferentes responsables de las actividades de la residencia: Dirección de Docencia y Formación de Recursos Humanos, Jefes de Servicios, Directores de Programas de Residencia, Médicos de Planta, Responsables de Rotaciones y Jefes e Instructores de Residentes.

Sin embargo, debe destacarse que tomado en forma conjunta, el sistema de residencias médicas de cardiología en nuestro país dista de ser un sistema ideal. Es evidente un progresivo deterioro en su funcionamiento, caracterizado por la heterogeneidad entre las diferentes residencias en lo que respecta a las condiciones de ingreso, el establecimiento de metas y objetivos y sus formas de alcanzarlos, y en particular en el compromiso de las instituciones responsables para garantizar las condiciones que permitan el cumplimiento adecuado del programa. (6) Estas falencias pueden haber sido favorecidas por la falta de un control centralizado con transigencia y autoridad de avales sobre ellas.

II. Concurrencia

Los Programas de Concurrencias Médicas orientan y guían un proceso de aprendizaje que se desarrolla en el

marco del trabajo interno y asistencial de los servicios de salud de cada especialidad en forma similar a una residencia. En este sentido deben diferenciarse de otras alternativas, ya que también son sistemas de formación efectivos para organizar prácticas y actividades promotoras de aprendizajes útiles y significativos en el marco de la tarea asistencial.

Presentan las mismas herramientas de formación profesional que las residencias en lo que concierne a la interrelación con los médicos de planta, el establecimiento de un sentido de responsabilidad, la integración teórico-práctica, la promoción de la interdisciplina y pueden establecer cadenas de supervisión similares. Las exigencias del sistema de concurrencia parecen estar contempladas en el decreto reglamentario 10/2003 donde se especificarían las obligaciones de la práctica médica de la siguiente forma: “...la certificación de antigüedad en el ejercicio de la especialidad requerirá el cumplimiento mínimo de VEINTE (20) horas semanales y DOSCIENTOS (200) días por año calendario de actividad certificada y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad prescriptas reglamentariamente, en servicios hospitalarios de instituciones públicas o privadas aprobados y reconocidos por la Autoridad de Aplicación”.

Las debilidades de este sistema se deben principalmente a la falta de remuneración del concurrente con la consecuente menor carga horaria en el centro asistencial y por lo tanto menor posibilidad de exigencia y control. Esta actividad hospitalaria limitada condiciona la responsabilidad asistencial en el proceso de aprendizaje y dificulta la supervisión del profesional en formación.

La implementación y la actividad de las concurrencias en el país revelan una falta de homogeneidad en los sistemas de selección, el grado de responsabilidad asistencial y en los niveles de exigencia y evaluación. Mejores resultados de este sistema parecen evidentes cuando funciona en forma simultánea y coordinada con una residencia en el mismo servicio.

III. Curso universitario

Las universidades son las únicas entidades con facultad de otorgar título de especialista en cardiología. Puede ser una universidad estatal o privada, pero debe ser reconocida por el Estado nacional y sólo se inscribirán aquellos títulos o certificados incluidos en la nómina de Especialidades Médicas reconocidas y aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

La diversidad de establecimientos universitarios en los que se dicta el posgrado de cardiología y la falta de pautas y reglamentaciones comunes traen como consecuencia una amplia heterogeneidad en los criterios de admisión, en los contenidos y en los diferentes métodos de evaluación entre las instituciones. A manera de ejemplo, sólo hace falta identificar en las páginas web de cada universidad los requisitos solicitados para ingresar al curso de especialista en cardiología (Tabla 1).

De esta forma, algunos posgrados universitarios otorgan el título de especialista en cardiología sólo mediante un curso presencial teórico a profesionales médicos que únicamente cuentan con el antecedente de una concurrencia o residencia en clínica médica, probablemente sin ninguna experiencia asistencial ni capacitación en la atención de pacientes con patología cardiovascular aguda.

Tabla 1. Características de los cursos o carreras de especialización universitaria

Requisitos y condiciones	Universidades				
	A	B	C	D	E
Experiencia clínica previa	Acreditar experiencia en clínica médica (residencia o concurrencia)	s/d	2 años de residencia o concurrencia en Clínica Médica, Cardiología o Terapia Intensiva	Residencia completa en Clínica Médica o Cardiología	1 año de Clínica Médica y 1 año de residencia de Cardiología
Actividad práctica asistencial durante el curso universitario de posgrado	No propone	Residencia con dedicación exclusiva	No propone	Ejercer la especialidad en un servicio reconocido por la facultad	Estar cursando los dos últimos años de la residencia en Cardiología
Curso: clases teóricas	3 años	s/d	3 años	s/d	Curso bial
Evaluación final	Examen integrador	s/d	Trabajo final	s/d	Examen escrito y examen oral con paciente

Fuente: Sitio web de las universidades

IV. Ser profesor universitario

Otra forma de acceder a la especialidad es siendo profesor universitario. Según el artículo 1.º de la ley 23.873, “El Profesor universitario de la materia en cuestión, y estando en actividad, tiene derecho a anunciarse como especialista”. No se establece si el profesor debe o no ser especialista en dicha materia antes de acceder al cargo docente. Si bien en la práctica parece una obviedad que cualquier profesional médico que se presente a concurso para dicho cargo debería ostentar el título de especialista, esto no está claro y establece una posible contradicción no reseñada en la ley ni establecida en las universidades.

V. A través de colegios médicos y sociedades científicas

Las entidades médicas como las sociedades científicas y los colegios médicos tienen entre sus diferentes objetivos establecer pautas y normativas para el desarrollo y el desempeño del trabajo profesional.

De acuerdo con estas bases, las entidades científicas y los colegios pueden cumplir un papel de herramienta controladora y reguladora de la calidad profesional. En la actualidad otorgan el certificado que avala a un especialista para ejercer como tal. Este acto, de cierta manera, responsabiliza a dicha entidad por la conducta del especialista.

Las entidades deben ser reconocidas por la Autoridad de Aplicación (contemplada en el decreto 10/2003) a efectos de otorgar Certificados de Especialista y los límites del área en que se especializan están observados y reglamentados en el mismo decreto.

Existen diversos problemas, de los que el más importante es inherente a la independencia de estas instituciones, ya que el decreto reglamentario 10/2003 sólo especifica los límites del área en que se especializan y observa que la reglamentación sobre certificación de especialidades médicas no se oponga a las pautas del “inciso a” de este decreto en cuanto a requisitos, antecedentes, servicios acreditados, formación en éstos y antigüedad en el ejercicio de la profesión y de la especialidad.

Estas pautas mínimas a cumplir por los colegios médicos y las sociedades científicas conducen nuevamente a una heterogeneidad en la formación y el control de los médicos especialistas. De esto se desprende que, para otorgar el certificado de especialista, estos entes reguladores pueden utilizar criterios muy diversos, tanto para exigir los niveles de formación y capacitación previa como para definir pautas y criterios de aprobación en los exámenes de competencia. Estas diferencias generan incongruencias en los requisitos para acceder a la certificación de la especialidad y condicionan también su revalidación.

Es importante señalar que las sociedades científicas y los colegios médicos sólo pueden extender un “certificado de especialista” y únicamente las universidades pueden otorgar el “título de especialista”.

Si bien existen cinco vías o caminos para llegar a ser especialista, el sistema ofrece la posibilidad de diferentes combinaciones entre ellos, de manera que se dispone de múltiples formas para alcanzar la certificación (Tabla 2).

Tabla 2. Posibles opciones y combinaciones en la formación, titulación y/o certificación de los médicos especialistas en cardiología

1.	Cumplir un régimen de residencia
2.	Cumplir un régimen de concurrencia
3.	Acceder a un curso universitario
4.	Recibir el aval de un colegio médico o sociedad científica
5.	Concluir una concurrencia y recibir el aval de una entidad científica
6.	Concluir una residencia y recibir el aval de una entidad científica
7.	Terminar una residencia y realizar un curso universitario
8.	Terminar una concurrencia y realizar un curso universitario
9.	Cumplir una concurrencia, realizar un curso universitario y estar avalado por una entidad científica
10.	Cumplir una residencia, realizar un curso universitario y estar avalado por una entidad científica
11.	Ser profesor universitario

CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud de la Nación creó a partir del año 2003 una Comisión Asesora de Especialidades Médicas que se integra con representantes de las áreas de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las Universidades nacionales o privadas que dicten cursos o carreras de posgrado, de las asociaciones profesionales y de las entidades científicas y gremiales, que lo asesoran en la elaboración de normas de procedimiento para revalidar los títulos de especialistas médicos, la nómina de especialidades médicas y su actualización y el registro de profesionales especialistas. (3)

Este proceso marca un avance en lo concerniente a la política de regulación de las especialidades médicas. Sin embargo, aún continúan existiendo diversas opciones para llegar a ser especialista en cardiología, y aunque muchas de ellas son combinables, todas emplean diferentes herramientas y estrategias de selección, formación, supervisión, evaluación y control.

Si bien no disponemos de datos objetivos que comparen la calidad de formación y capacitación del especialista en cardiología entre los distintos caminos posibles, podemos inferir que conducen a resultados muy diferentes. Es evidente que el grado de entrenamiento y capacitación que se adquiere en una residencia -un sistema de formación basado en la atención de pacientes supervisada, con dedicación exclusiva y durante 4 años- resulta mejor que el que brinda una concurrencia -con menor carga horaria y menor responsabilidad en la atención- y muy superior a un curso de 2 años de contenido teórico únicamente.

En nuestra opinión, un modelo que articula la formación en servicio mediante la residencia médica con la formación académica de un curso universitario resulta la

opción más adecuada de todas las disponibles. La carrera de Médico Especialista en Cardiología de la Universidad de Buenos Aires, que se dicta en forma centralizada en la sede de la Sociedad Argentina de Cardiología y que reúne alrededor de 70 residentes por año de 24 instituciones de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores es un ejemplo de este modelo que viene funcionando desde hace más de 20 años. La formación práctica asistencial se cumplimenta durante 4 años en la sede hospitalaria de su residencia respectiva y en los 2 últimos años se realiza el curso teórico universitario de 360 horas, que requiere la aprobación de ocho exámenes parciales, la realización de una monografía, la presentación de un trabajo científico en congreso, un examen final de la carrera teórico-práctico en un servicio de cardiología más un examen final escrito centralizado en la Facultad de Medicina. Este modelo de formación podría ser fácilmente reproducido en otras partes del país utilizando un criterio regional de acuerdo con la distribución geográfica de las universidades y las residencias.

Promover las mejores oportunidades de aprendizaje disponibles en los diferentes niveles del sistema de salud, tendientes a lograr la equidad y homogeneidad en la formación del especialista, debe ser una obligación perentoria de los organismos públicos reguladores. En este proceso deben comprometerse activamente las diferentes entidades formadoras y aquellas con aval para otorgar la especialidad, como las universidades, las sociedades científicas y los colegios médicos.

Para alcanzar estos objetivos es prioritario avanzar en el consenso y la definición de programas homogéneos que incluyan los objetivos y las estrategias de formación, establezcan los métodos de evaluación y precisen los niveles de conocimiento y entrenamiento mínimo que debe reunir el especialista en cardiología. Pero también resulta ineludible en la actualidad profundizar el debate sobre la necesidad de contar con organismos de regulación y control que actúen en forma centralizada, con jurisdicción a nivel nacional y con la capacidad de garantizar igualdad de oportunidades, homogeneidad y calidad en la formación del especialista en cardiología.

SUMMARY

Do the Different Pathways to Become Specialist in Cardiology Have Similar Results?

A medical specialty may be defined as the body of knowledge corresponding to a specific medical field. This knowledge is provided by postgraduate training programs after completing the medical doctor degree.

The goal of the present study is to review the different options available in our country to become a specialist in cardiology and, thus, determine if these diverse pathways produce equally trained cardiologists.

Training should be understood as a long-term process that shapes professional thinking and social behavior. This process must be permanent and should have core regulations to ensure equal and homogenous training in the specialty.

There are many ways of becoming a specialist in cardiology; most of these pathways may be combined and all of them use different tools for selecting, training, supervising, evaluating and controlling trainees.

Thus, these differences in training and evaluating specialists might produce professionals with different levels of competencies.

Key words >Specialization - Residency Program

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 17.132. Artículo 21º. Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales.
2. Ley 23.873. Artículo 1º. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración.
3. Decreto 10/2003. Publicada en el Boletín Oficial del 06/01/2003. Número: 30061. Pág. 3.
4. Dirección General de Desarrollo y Capacitación Profesional y Técnica e Investigación. Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Bs. As. PAUTAS COMUNES PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE POSTGRADO EN SERVICIO (RESIDENCIAS-CONCURRENCIAS) s/f.
5. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153).
6. Pieroni P, Allín J, Lowenstein D, Pérez G, Guardiani F, Mettini S y col. Estado actual de las residencias en Cardiología. Encuesta nacional de residentes 2009-2010. Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC). Revista CONAREC 2011;27:47-54.
7. www.coneau.edu.ar