

Cardiología

Fundamentación

En la Conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud, realizada en Alma Ata en 1978, se concluyó que los profesionales de la salud deberían aplicar sus conocimientos técnicos tanto a la solución de problemas en función de las necesidades sociales, como a la orientación y la enseñanza del personal de salud que trabaja en las comunidades, quienes a su vez tendrán la responsabilidad de educar a esas mismas comunidades en todo lo relacionado con la salud. Esto implicó que además de sus funciones técnicas los médicos, debieran asumir un rol social y docente.

Históricamente la docencia estaba limitada a las Universidades a las que les cabía la responsabilidad de formar profesionales con capacitación acorde a las necesidades de los servicios de salud. Pero desde las décadas del 50 y 60, se necesitaron programas de capacitación para los graduados a fin de integrarlos más eficientemente a los servicios de salud.

Estos sistemas, llamados genéricamente de residencias médicas, vinieron a cubrir un espacio dejado por la formación de pregrado que hizo hincapié en aspectos teóricos restringiendo la adquisición de habilidades y destrezas prácticas. Así es que los servicios de salud, comienzan a erigirse como entidades formadoras de médicos graduado capacitándolos para integrarse eficientemente en su ámbito laboral y esta formación se establece como el estándar necesario para los ya graduados. Surge entonces la problemática de la escasez de ofrecimientos para este tipo de formación, dado que la disponibilidad depende de los servicios de salud y sus necesidades más que del número de graduados, y la disparidad entre los distintos sistemas que se ofrecían. Como consecuencia sobrevienen inconvenientes dentro de las instituciones de salud para la asignación de recursos humanos para esta función diferente a los destinados a tareas asistenciales.

Temprano en la década del 60 surge el concepto de integración docente asistencial, el cual constituye en la misma figura al médico que practica la medicina en el mundo cotidiano y al docente que enseña las materias de la profesión. Este concepto contribuye por un lado a considerar en el proceso de enseñanza aprendizaje lo cotidiano de la medicina (patología prevalente) y por otro a estimular el desarrollo científico-técnico de los servicios de salud.

Por otro lado, el sector salud cada vez requiere mayores recursos sin que estos se vean necesariamente reflejados en mejoramiento de los índices sanitarios poblacionales. Es frecuente observar cómo se asignan cuantiosos recursos para tratar de mitigar efectos sobre la salud sin destinar lo mínimo para la prevención del mismo.

Parecería entonces que grandes avances científicos y tecnológicos no son eficientes en mejorar estos indicadores cuando paradójicamente podrían ser revertidos con acciones que requieren escasa tecnología pero políticas concretas y activas. Se han descrito cinco áreas de deficiencias en el sector salud (conceptuales, de recursos humanos, materiales, técnicas y funcionales) y en todas ellas se debe intervenir para lograr un nivel de salud digno al ser humano para toda la población como palanca del desarrollo y el bienestar social. Por eso es que hoy en el sector salud más que aumentar, agrandar o crecer hay que cambiar. Debe lograrse una nueva orientación enfocada en las reales necesidades,

priorizando correctamente no solo en lo declamativo sino en las efectividades de lo presupuestario y utilizar nuevas estrategias que optimicen el uso de los recursos en acciones concretas y eficientes.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud apunta a mejorar la atención sanitaria para toda la población equilibrando sus resultados con la calidad científica y global en la asistencia. La misma tiene como pilares la extensión de cobertura con servicios, el mejoramiento de la accesibilidad a los mismos, el uso de tecnologías apropiadas y de bajo costo, el enfoque de riesgo para seleccionar prioridades, la acción intersectorial así como el fomento de la participación activa de la comunidad en todas las instancias de relación.

Debemos entonces entender que vivimos una época de desafíos tanto para el sector salud como para las universidades y que al mismo tiempo nos ofrece una oportunidad histórica para una interacción innovadora entre las dos esferas. Este reto es mayor para los países en desarrollo como el nuestro donde además de contar con limitados recursos, sufrimos de continuos avatares económico-financieros que obliga a una dinámica de adaptación particular. A ambas se les exige un aprovechamiento óptimo de los escasos recursos y definición de nuevos objetivos basados en las nuevas realidades, una plena interacción con la sociedad que les permita comprender rápidamente sus transformaciones y responder ante los cambios de manera igualitaria, participativa y oportuna.

Con frecuencia las universidades son criticadas porque las escuelas de medicina se encuentran aisladas del sistema de servicios de salud, donde se prepara a los estudiantes de acuerdo a patrones académicos internacionales, con vistas a satisfacer los requerimientos confusamente percibidos del siglo XXI, en tanto que se suelen ignorar las necesidades sanitarias apremiantes de la sociedad de hoy.

A lo que se le agrega el crecimiento exponencial de la información, la continua segmentación de la medicina en nuevas y cada vez mas estrechas disciplinas con una notoria falta de integración, la falta de participación activa de los alumnos en la planificación, métodos de enseñanza anticuados y planes de estudios vigentes desvinculados de las necesidades de la sociedad a la que deberán orientarse los graduados.

Entonces para las universidades implica redescubrir su finalidad académica y significado social mientras que para el sector salud involucra cambios muy profundos exigiéndole una transformación del viejo concepto salud-enfermedad con todas sus implicancias, donde costo y eficiencia se han acuñado como moneda frecuente, por una nueva visión donde los conceptos de promoción y prevención guían las acciones. En este contexto, la capacitación de los trabajadores del sector y la educación comunitaria han dejado de ser metas deseables para convertirse en problemas prácticos y los núcleos centrales de la mayoría de los programas de salud que buscan la mejora de los indicadores.

Sumando a los expuestos el principio que en todo el proceso de aprendizaje debe intervenir una actividad subordinada de aplicación ya que las mismas forman parte del propio conocimiento nos lleva a concebir que para lograr profesionales adecuadamente capacitados es imprescindible la mencionada integración de la Universidad con el sector salud en todos sus ámbitos.

La residencia ocupa un lugar adecuado para esta integración, ya que es la estructura que puede acortar la diferencia entre la universidad y los entes efectores de salud. En su desarrollo se puede generar una

adecuada integración docente asistencial teniendo como entidad rectora a la escuela de medicina. Para poder incorporar una residencia dentro de este sistema de interrelaciones debemos comprender los siguientes hechos fundamentales:

- La necesidad de mejorar la relación universidad-docencia de postgrado, con un marco regulatorio acabado y directivas que marquen claramente los objetivos.
- Buscar un equilibrio e integración con el proceso de enseñanza aprendizaje de pregrado dentro de las mismas instituciones.
- La escasa disponibilidad de personal médico capacitado y adaptado al medio laboral local.
- El restringido acceso que tienen los egresados de medicina del país para acceder a sistemas de formación orgánica y que, una vez cumplido, los habilite a desempeñarse en forma idónea para su propia satisfacción y para la comunidad a la que pertenecen.

El sistema de Residencia se ha generalizado en el mundo desde su creación en la década del 50, eligiéndose como el Standard en la capacitación médica de postgrado que permite capacitar al médico durante el trabajo asistencial asignándole tareas con responsabilidad creciente y supervisada que le aseguran adquirir destrezas que no se obtienen en la formación de grado.

Por otro lado las Instituciones que incorporaron estos sistemas han obtenido como beneficio adicional un estímulo permanente para el control de gestión, la optimización de los recursos con el objetivo en lograr la excelencia, el desarrollo de actividades de capacitación continua, de investigación y de desarrollo tecnológico.

El sistema de residencias redefine los roles profesor-estudiante, el profesor asume la responsabilidad de orientar el proceso de aprendizaje mientras que el estudiante (residente) es el actor principal. Tener un sistema de residencias en un centro con actividades académicas compartidas (clases, discusión de casos clínicos etc) junto a formación de pregrado mejora la calidad de la atención dentro de la institución logrando una comunicación más fluida entre todos los actores de ambos procesos redundando en una optimización de atención al paciente en forma integral.

En virtud de lo expuesto, es nuestra intención a través de estas páginas presentar las características de nuestra Institución y su disponibilidad de recursos, tanto humanos como de índole tecnológica, que la hacen capaces de albergar a médicos con deseos de formarse para y poner en su consideración nuestro programa de la Residencia de Clínica Médica y Terapia Intensiva con su correspondiente sistema de evaluación y entidades que con su trayectoria lo avalan.

Propósitos

- Permitir la formación de recursos humanos en Cardiología que privilegien el enfoque clínico y orienten su práctica hacia el desarrollo de la prevención y la atención primaria.
- Adecuar la formación de los Médicos Cardiólogos a las necesidades de nuestro Sistema de Salud.
- Brindar variadas y múltiples oportunidades para el aprendizaje integral de la práctica médica cardiológica.

- Desarrollar en los profesionales un espíritu crítico tendiente a la utilización racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos con la mejor relación costo beneficio.
- Favorecer la integración docente asistencial.

Duración

4 años

Jefe del Servicio

Dr. Hugo Gay

Instructor

Dr. Emiliano Torres

