

PERFECCIONAR EL ARTE MÉDICO¹

Me referiré a tres temas que considero importantes para la comunidad, para el futuro de la medicina y específicamente para la educación de posgrado de nuestros médicos recién egresados: las residencias médicas, las historias clínicas informatizadas y el Instituto Nacional del Cáncer.

Las residencias. La educación de posgrado, hasta bien entrada la década de 1950, se basaba en una concurrencia en el servicio de la especialidad elegida y donde el recién egresado encontrara una recepción favorable. El sistema era adecuado para números acotados y sirvió para formar, cuando se dieron condiciones ideales, excelentes profesionales, pero dependía fuertemente de las relaciones interpersonales y era una formación totalmente asistemática. La incorporación a nuestro medio de la residencia hospitalaria fue relativamente tardía, ya que no alcanzó una difusión amplia hasta mediados de la década de 1960. Se plantea la necesidad de que todos los graduados cumplan con una residencia en la especialidad que elijan o donde encuentren vacantes en los procesos de selección. Esto dista de ser lo que ocurre en estos momentos, donde el recién recibido puede, si se cree capacitado, ejercer la profesión y realizar procedimientos médicos o quirúrgicos solo con el título de médico y su matrícula, tal como aventuradamente lo habilita la ley 17.132 para el ejercicio de la medicina, de 1967.

¿Por qué una residencia? Porque la opinión experta en todos los países evolucionados insiste en ese período de formación, con responsabilidades progresivas y supervisión constante, con adecuada exposición al contacto con pacientes en número y horarios suficientes. Este período de entrenamiento puede tener diferentes nombres pero es en esencia lo mismo. También en nuestro país hay consenso acerca de considerar a la residencia como el mejor sistema de formación de posgrado, inmediatamente después de la graduación. Existen en este momento, en toda la República (Ministerio de Salud, 2013), 4845 cargos de residentes de 1er. año, que serían casi suficientes para formar a los 4854 egresados anuales de medicina (Ministerio de Educación, 2011). Estos cargos de residentes de 1er. año corresponden a algo más de 1600 programas conocidos, de diferentes especialidades.

La realidad es más compleja. Muchos cargos quedan vacantes en proporciones variables según las jurisdicciones, llegando desde el 30% en algunas, y hasta el 10% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hay especialidades que tienen muy baja demanda, tales como medicina general, neonatología y terapia intensiva pediátrica, y en menor grado pediatría y ginecología.

Las cifras conocidas en este momento nos permiten concluir que la disparidad entre el número de graduados y el de cargos de primer año de residencias prácticamente ha desaparecido, en contraste con lo que sucedía hace poco tiempo, en que las vacantes alcanzaban apenas para algo más del 50% de los recibidos.

El desafío que se plantea ahora ya no es, por lo tanto, cuantitativo sino cualitativo; el mejoramiento de la calidad de las residencias y sus evaluaciones que solo se lograrán con la labor protagónica de las sociedades médicas, con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y sus contrapartes en cada jurisdicción, y el compromiso de la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Postgrado en la República Argentina (ACAP) avalada por el prestigio de la Academia Nacional de Medicina.

Es reconfortante saber que la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud cuenta con más de 1300 pedidos de evaluación, 80% de los programas conocidos,

¹Basado en la Conferencia de incorporación del Presidente electo de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina, abril 2014.

incluyendo más de 200 ya evaluados y acreditados. Sin embargo, en estos programas de residencia hay, dentro de la oferta, ubicaciones no deseadas por su escaso prestigio, por usar a los residentes como mano de obra barata, o localizadas en zonas aisladas, y también por importantes diferencias en la remuneración del residente, todo lo cual no las hace comparables. Sería deseable que todas las vacantes se concursaran con un único examen y los cargos se asignaran con un sistema similar al "matching program" de los EE.UU., donde se tienen en cuenta los deseos del educando y también la opinión sobre el mismo de los centros de formación.

De todos modos, pareciera que con la disponibilidad actual de residencias, una vez evaluadas, ya no serían necesarias las concurrencias programáticas (o no), ni los cursos universitarios de sociedades o colegios médicos, no precedidos o acompañados por una residencia formal. Se terminaría así con la plétora de inadecuadas formaciones profesionales, aceptadas a regañadientes debido al inmanejable excedente de graduados que existían hasta este año y que es a su vez expediente al que recurren los que no están dispuestos a someterse a la disciplina de una residencia. Para poder ofrecer a la comunidad profesionales con la mejor formación posible sería deseable promover desde las sociedades médicas y desde esta Academia, la modificación de la mencionada ley de ejercicio profesional y de la ley 24.521 de educación superior, haciendo obligatorios un mínimo de 3 años de residencia para habilitar el ejercicio profesional independiente, normativa que sería similar a la vigente en Canadá, donde el recién graduado recibe una matrícula que solo lo habilita para el ingreso a una residencia. Por cierto que esta disposición no podría aplicarse de inmediato sino en un plazo no menor de 5 años para dar tiempo a las cohortes ingresadas de completar su ciclo de grado.

Las historias clínicas informatizadas. Por la importancia del tema y su trascendencia en la atención de los pacientes y en la calidad de la medicina practicada, insistiré en algunos aspectos.

1. Hay pocos hospitales con historias clínicas informatizadas, un número pequeño considerando el total de las instituciones de salud de nuestro país.

2. Las historias en uso tienen *softwares* diferentes, lo que no facilita la comunicación entre centros de salud ni recabar datos para registros sin complejas interfaces.

3. Una comisión interdisciplinaria de expertos informáticos, médicos y abogados, podría constituirse para organizar un *software* amigable, suficientemente abierto, específico y ajustado a los estándares internacionales como el HL7 (antes que se multipliquen los *softwares* de un solo hospital). Este *software* debería ser puesto a disposición en forma gratuita a todos los hospitales nacionales, provinciales y municipales y a los centros privados de salud. Como plan mínimo, esta Comisión Interdisciplinaria debería generar recomendaciones de interoperabilidad, ya que la experiencia mundial no ha sido del todo favorable a la implantación de un sistema único de *software*.

4. Resultan evidentes las ventajas para lograr cifras válidas de incidencia, tratamientos y resultados de diferentes enfermedades, y para un paciente de acceder por lo menos a un resumen de su historia clínica, lista de diagnósticos, medicación e informes de estudios complementarios, ante una consulta o internación de urgencia, o programada lejos de su domicilio.

5. Estas historias clínicas tendrían una buena legibilidad, lejos de los impenetrables manuscritos de las tradicionales. Se podría además acceder a muchas de ellas para consultas en consultorio o estudios clínicos, sin recargar el trabajo del archivo hospitalario.

6. Contribuiría, en muchos hospitales, a una mayor disciplina en el registro de datos. Sería otra tarea de la Comisión sugerida crear recomendaciones nacionales, actualmente inexistentes, sobre estructura y contenidos de los registros médicos, enfatizando la calidad de los datos en todas las historias clínicas, informatizadas o no. Todo esto facilitaría, además, la posibilidad de evaluar rápidamente la gestión de cada centro de salud.

7. Sería conveniente desarrollar recursos humanos en la nueva disciplina de informática médica uniendo una sólida formación médica a los conocimientos informáticos más actualizados, tal como se hace actualmente en la residencia en informática médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Director Dr. Daniel Luna.

8. Pero también debemos tener presentes los costos de implementación, la necesidad de aprendizaje, las posibles fallas del sistema, las barreras legales y la alteración de la relación médico-paciente por dispersión de la atención del médico entre el paciente y el monitor de la computadora.

Con todo, el balance es netamente positivo. Su implementación generalizada resultaría ventajosa para los pacientes en primer término y también para la gestión hospitalaria, la investigación clínica y el control de la inversión en salud por parte de la comunidad y el Estado.

El Instituto Nacional del Cáncer. No puedo evitar referirme al Instituto Nacional del Cáncer (INC), que he dirigido en forma honoraria desde su creación en septiembre de 2010 hasta el pasado mes de marzo. En estos 42 meses se han consolidado sus líneas de trabajo en prevención y diagnóstico temprano, registros poblacionales y hospitalarios, capacitación médica y de enfermería oncológica, cuidados paliativos, apoyo a la investigación básica y clínica. Éstos se han desarrollado con alcance federal gracias al trabajo eficiente y motivado de su personal y al apoyo e interés del Ministro de Salud, Dr. Juan Manzur, todo esto acompañado de una intensa actividad editorial de manuales, guías de procedimientos, atlas de mortalidad, etc.

Creo que este Instituto, en su modalidad de no tener pacientes ni laboratorios propios pero apoyando a lo existente, ha sido aceptado y valorado por la mayoría de la comunidad médica, tal como lo ha sido en Francia el *Institut National du Cancer* que, en buena medida, fue el modelo que seguimos en los grandes lineamientos al planear nuestro instituto. Casi la totalidad de las medidas formuladas en el planteo original hecho para la creación del INC, se han podido llevar a cabo. Pero este Instituto tiene, como asignatura pendiente, la promulgación de una ley por el Congreso Nacional que lo cree y le dé presupuesto propio y así lo ponga a cubierto de la fragilidad de un decreto y de los vaivenes de la política asegurando, como propuse en su fundación, que se constituya en una auténtica política de Estado, acorde con la importancia de la 2a. causa de mortalidad en nuestro país.

La necesidad de este Instituto se reafirma al considerar las estimaciones a nivel mundial, que hace el *International Prevention Research Institute* (<http://www.i-pri.org/>). Las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, diabetes y cáncer entre las principales, reconocen indicaciones de prevención comunes y relativamente simples: abstención del uso de tabaco, mantenimiento adecuado del peso corporal a través de dieta saludable y actividad física regular. Considerando solo al cáncer vemos que, por el aumento de población y el envejecimiento de la pirámide poblacional debido a mejor salud, la carga de enfermedad por el cáncer se duplicó en los últimos 25 años y volverá a hacerlo antes de 2030 con una incidencia anual de 20 millones de personas. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) estima que el 50% de la incidencia ocurrirá en países desarrollados y 2/3 de la mortalidad en países en vías de desarrollo, que cuentan con menos recursos para prevención, diagnóstico y tratamiento.

Resultan obvias las consecuencias para nuestro país de todo esto: solo una política de concientización y prevención, diagnósticos oportunos y tratamientos racionales logrará paliar la carga para la comunidad que esto representará, y reducir sus consecuencias humanas y económicas, requiriendo para esto de un enfoque no solo médico sino multidisciplinario.

Existen en nuestro territorio tasas de incidencia de cáncer desiguales y no del todo bien conocidas en las distintas jurisdicciones. Las de mortalidad se conocen mejor, tiene una tasa bruta de 143/100 000 por año, como promedio para ambos sexos de todo el país, con variaciones regionales. Con todo, la tasa ajustada de 115/100 000 en nuestro país se ubica bastante por encima de los 102 del promedio mundial, según la IARC. (Atlas de Mortalidad por Cáncer, Argentina 2007 a 2011, Instituto Nacional del Cáncer, octubre 2013 (<http://www.msal.gov.ar/inc/>).

Soy suficientemente realista como para darme cuenta que ninguno de estos tres emprendimientos se realizará en el corto plazo, pero creo que tenerlos como meta ayudará a cumplir con nuestra obligación hacia la comunidad, y estoy seguro que contarán con el apoyo de esta Academia Nacional de Medicina.

Roberto Pradier

e-mail: acamedbai@acamedbai.org.ar