

Desequilibrio entre oferta y necesidades de cardiólogos en España

Sr. Editor:

La falta de cardiólogos (y de otros especialistas) es un grave problema que ocurre, entre otras cosas, por la pobre visión de los políticos. Por ello, dejarles ahora solos en este asunto es peligroso. Celebramos pues, que la Sociedad Española de Cardiología (SEC) ofrezca este artículo¹, sobre el que quiero hacer algunos comentarios.

1. Sobre la «vía corta» para formar cardiólogos clínicos. En Estados Unidos (35.^a Conferencia de Bethesda)², este tipo de cardiólogos son, ante todo, para la medicina privada. En Europa, con sanidad pública, esa vía corta no se contempla, que nosotros sepamos.

El cardiólogo clínico es pieza principal y debe tener gran formación y experiencia («vía larga»). De hecho, también en Estados Unidos se han lamentado de la falta de buenos cardiólogos clínicos³. Que hubiera cardiólogos de «primera» y de «segunda» en la sanidad pública crearía celos profesionales, como ya ha ocurrido con los «MESTOS». La SEC nunca debe degradar la formación cardiológica, sino todo lo contrario. Ante la falta de cardiólogos no debe responderse creando unos subalternos para que vayan al ambulatorio.

2. Sobre la importación de cardiólogos. Sería posible si mejorasen las remuneraciones, de lo contrario importaríamos cardiólogos de países más pobres y con dudosa formación. Relajar los criterios mínimos de formación exigibles a los cardiólogos extranjeros es siempre malo.

3. Sobre la modificación de la estructura de los servicios de cardiología y la integración de médicos no cardiólogos. Ésta, creo yo, es la vía que se debe seguir. El plan debe: a) aumentar el número de MIR de cardiología; b) redistribuir a los actuales cardiólogos, y c) incorporar a los médicos generalistas al cuidado de las enfermedades cardiovasculares.

Para redistribuir, es mi criterio (y así ocurre en el servicio en el que trabajamos), todas las unidades, por muy subespecializadas que estén, tienen consulta ambulatoria asignada. Esto aumenta la asistencia ambulatoria (que es el problema), pone a todos en contacto con la realidad clínica, mejora las indicaciones de las pruebas y lima la «superioridad del superespecialista».

En vez de crear el «cardiólogo clínico de vía corta», sería mejor formar a los internistas en los principales problemas cardiológicos de la práctica ambulatoria, tal como se menciona en el artículo. Así se obtendría un resultado similar y se evitaría la degradación de la especialidad. En Estados Unidos también se habló, en su día, del «generalista-cardiólogo»⁴, que es conceptualmente distinto del cardiólogo de «vía corta».

La medicina interna está en crisis. Los internistas tienen que salir al ambulatorio⁵ para ejercer la función de filtro. Creemos que el internista puede adquirir en 6 meses de inmersión dirigida, la formación cardiológica necesaria para esta nueva función. Esta formación tendría que repetirse durante 2 o 3 meses cada 2 años. Algo parecido, con matizaciones, se podría hacer con atención primaria, que también está en crisis⁶.

4. Sobre la reducción de la demanda. Una cosa es reducir la incidencia y la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (cosa difícil, como se menciona en el artículo) y otra, reducir las visitas innecesarias al cardiólogo. Esto se aliviaría con la incorporación del internista al cuidado cardiológico y, además, con el famoso «copago» (siempre protegiendo al débil). En charla de café, los políticos aceptan el copago, pero nunca lo llevarán a cabo, ya que en política la valentía equivale al suicidio.

En resumen, para intentar aliviar la falta de cardiólogos se requiere un plan a largo plazo que se revise cada 2 años. Por ello, la SEC tiene que reunirse con las sociedades de Medicina Interna y Atención Primaria para que éstas reorganicen la formación, a tenor de las necesidades. El nuevo plan terminado se presentaría a los políticos de la sanidad, que casi nunca hacen planes a largo plazo.

Carlos Sáenz de la Calzada

Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre.
Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Teresa Galván E, Alonso-Pulpón L, Barber P, Boveer Freire R, Castro Beiras A, Cruz Fernández JM, et al. Desequilibrio entre oferta y necesidades de cardiólogos en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:703-17.
2. Fuster V, Hirshfeld JW, Brown AS, Brundage BH, Fye B, Lewis RP, et al. Working group 8: defining the different types of cardiovascular specialists and developing a new model for training general clinical cardiologists. Conferencia de Bethesda. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:267-71.
3. Conti CR. What is a clinical cardiologist in 1984? *Am J Cardiol*. 1984;54:229-30.
4. Fuster V, Nash IS. The generalist/cardiovascular specialist: a proposal for new training track. *Ann Intern Med*. 1997;127:630-4.
5. Weinberger SE, Smith LG, Collier VU. Redesigning training for Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2006;144:927-32.
6. Bodenheimer T. Primary care: will it survive? *N Engl J Med*. 2006;355:861-6.