



EL ROL DE LA UNIVERSIDAD EN LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA

THE ROLE OF THE UNIVERSITY IN SPECIALIZATION PROGRAMS IN CARDIOLOGY

Hernando Matiz, MD., FACC., FACP.

Memorias del Primer Simposio de Expresidentes "Experiencias de las vivencias como profesores de postgrado" llevado a cabo en el marco del XXIII Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, febrero 27 - marzo 2 de 2010, Cartagena, Colombia.

En vista de que la universidad debe seguir la reglamentación del Ministerio de Educación que rige los programas de especialización, a continuación se presentan algunas reflexiones que pueden complementar la discusión acerca del simposio que nos ocupa.

Bases legales para el entrenamiento de Cardiología

1. La Educación Superior es una responsabilidad del Estado.

2. La Constitución Política de Colombia en su artículo 67, consagra la educación como un derecho fundamental de las personas y además como un servicio público. Por lo tanto, el Estado es quien debe regular la oferta de dichos servicios de las instituciones de educación y ejercer la inspección y vigilancia que garanticen su calidad sin perjuicio de las instituciones de educación superior que la ofertan.

Es claro entonces que aquí se refiere a instituciones de educación superior o universidades; no a sociedades o asociaciones científicas o a colegios médicos que quieren en forma indirecta tomarse este derecho, y más adelante se explicará a qué se hace referencia.

3. La Ley 30 regula los procesos y las instituciones que ofertan los programas, y es así como la labor antes encomendada al ICFES ha sido trasladada directamente al Ministerio de Educación que ejerce dichas funciones y estudia en forma exhaustiva los programas, como pueden certificarlo quienes han sido Pares Evaluadores. No se autorizan programas que no tengan además una muy sustentada relación docente-asistencial.

4. Es así como el Ministerio de Educación emitió el Decreto 1665 del 8 de febrero de 2002, que regula los estándares de calidad de los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en Colombia.

De lo expuesto anteriormente puede deducirse que los programas de postgrado tienen un papel fundamental en el desarrollo del país y definen no sólo el perfil de las instituciones que componen el sistema sino el nivel de desarrollo.

5. A fin de dar continuidad a las bases legales, es pertinente mencionar que el 13 de abril de 2006 el Ministerio de Educación Nacional expidió el Decreto 1001 que organiza la oferta de programas de postgrados que deben cumplir las Universidades estableciendo que éstos corresponden al último nivel de educación formal superior, el cual comprende las especializaciones, las maestrías y los doctorados. Según el Decreto 1295 de 2010 las especializaciones son equivalentes a las maestrías.

En su artículo 3 explica que las especializaciones tienen como propósito la cualificación del ejercicio profesional y el desarrollo de competencias que posibiliten el perfeccionamiento en la misma ocupación, disciplina o en áreas afines y complementarias. Así mismo, establece que las instituciones de educación superior pueden ofrecer y desarrollar programas académicos y de especialización con instituciones hospitalarias nacionales o extranjeras.

El Ministerio de Educación Nacional otorgará el Registro Calificado de los programas de especialización previa verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad y demás requisitos establecidos en este decreto. Además, las actividades de formación deberán establecerse por Créditos Académicos según lo previsto en el Decreto 2566 de 2003 y la Institución proveerá los medios para desarrollar la investigación con el fin de acceder a los avances del conocimiento.

Las Instituciones que ofrecen dichos programas deberán contar con infraestructura física adecuada para las actividades docentes, investigativas, administrativas y de proyección social, además de establecer mecanismos para realizar auto-evaluación permanente y revisión periódica de su currículo con políticas y estrategias de seguimiento a egresados, así como ejecutar acciones tendientes al mejoramiento del bienestar universitario y los recursos financieros.

6. Aunque en Cartagena no se discutió el último decreto 1295 del 20 de abril de 2010 por no estar disponible al público, con el objetivo de completar el aspecto legal, se indica que éste reglamentó el Registro Calificado y la Oferta y el Desarrollo de Programas Académicos de Educación Superior, estableciendo que previamente se requiere contar con el registro calificado para ofrecer y desarrollar un programa académico. Puede haber extensión de un programa a un lugar distinto del original.

También establece que los programas del área de Ciencias de la Salud deben prever las prácticas formativas supervisadas por profesores responsables de ellas y disponer de los escenarios apropiados para su realización en concordancia con la ley 1164 de 2007, que establece que estas instituciones deben tener la evaluación de la relación docencia-servicio, es decir casi un registro calificado separado para la institución donde se rota. En cuanto al personal docente, exige un núcleo de profesores de tiempo completo con experiencia acreditada en investigación y con especialización cuando se trate de programas técnico-profesionales.

Exige también medios educativos tales como recursos bibliográficos y de hemeroteca, bases de datos con licencia, equipos y aplicativos informáticos, sistemas de interconectividad, laboratorios en Cardiología para las diferentes áreas invasivas y no invasivas, y, como novedad, escenarios de simulación virtual de experimentación y práctica y talleres con instrumentos y herramientas técnicas e insumos. Deberán acreditar convenios interbibliotecarios que faciliten el acceso a la información, así como la utilización de programas virtuales con una plataforma tecnológica apropiada e infraestructura de conectividad necesarios para apoyar el programa. También establece que no se requiere que una facultad de medicina haya graduado su primera promoción para tener postgrados.

Este decreto nuevamente hace énfasis en la medida del trabajo académico o Créditos Académicos, que son la unidad de medida de trabajo para expresar todas las actividades que hacen parte del plan de estudios que deben cumplir los estudiantes. Un crédito académico equivale a cuarenta y ocho (48) horas de trabajo académico del estudiante, el cual comprende las horas con acompañamiento directo del docente y las horas de trabajo independiente del tiempo que el estudiante debe dedicar a la realización de actividades de estudio, prácticas u otros que sean necesarios para alcanzar las metas de aprendizaje.

Las universidades discriminarán las horas de trabajo independientes y las de acompañamiento directo del docente. Una hora con acompañamiento directo del docente supone dos horas de trabajo independiente en programas de pregrado y de especialización.

Hay un número de créditos y de procedimientos que deben seguirse para obtener el Registro Calificado del programa, que después deberá ser visitado por Pares Académicos. Así mismo, las modificaciones del programa que afecten una o más condiciones de calidad del mismo, deben informarse al Ministerio de Educación Nacional. Este Decreto que rigió a partir del 20 de abril de 2010 deroga todos los decretos previos y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Aspectos generales del entrenamiento

Hay una preocupación sentida por comprobar si quienes egresan de los Programas de Postgrado de Cardiología lo hacen con la experiencia apropiada para actuar como especialistas y consultantes en el campo cardiovascular. Los Jefes de Programas tienen la impresión de, que se están formando más “médicos instrumentalistas” que verdaderos cardiólogos clínicos integrales. De igual forma, se pregunta si el criterio de formación es educativo o profesionalizante.

Obviamente hay una serie de razones que explican esta preocupación:

1. Ha habido un considerable aumento en el conocimiento de las ciencias básicas y clínicas en el área cardiovascular junto con el desarrollo de nuevos medicamentos y métodos de diagnóstico invasivos y no invasivos, así como procedimientos operatorios.

2. A medida que se alarga el promedio de vida, habrá mayor número de pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas, mayor número de operaciones de toda índole a practicárseles, y una extendida necesidad de otros procedimientos médicos o quirúrgicos para pacientes de mayor riesgo, tales como angioplastias, implantación de stents y marcapasos e incluso trasplante cardíaco.

3. El creciente volumen de información básica y clínica demanda un aumento del conocimiento de la literatura cardiovascular y de la experiencia clínica para llevar a cabo decisiones acertadas.

4. Los nuevos métodos terapéuticos exigen conocer su sensibilidad y especificidad, así como sus indicaciones y contraindicaciones, para aplicarlos apropiadamente en el manejo de los pacientes.

5. Determinar los requerimientos básicos del entrenamiento en cardiología, así como su duración actual y futura teniendo en cuenta la diversificación multiplicadora del conocimiento científico y la necesidad de llegar a dominar las técnicas cardiológicas. Los entrenamientos en cardiología general son de dos años, con entrenamiento adicional de uno a dos años para campos específicos tales como Hemodinamia diagnóstica, Hemodinamia intervencionista, Ecocardiografía diagnóstica e intervencionista y Electrofisiología.

6. Además, preocupa el hecho de la poca formación en investigación básica que tienen los programas actuales, quitando oportunidad a una mayor extensión de conocimiento crítico. Sobre mencionar que un buen entrenamiento debe comprender, además del conocimiento fisiopatológico, un aspecto humanístico y ético so pena de caer en una “generación de técnicos” que pueden explotar el área sin la verdadera conciencia del médico y del especialista, dejando de lado la importante relación médico-paciente. Preocupan, sobre todo en nuestro país, los actuales sistemas de medicina prepagada, que limitan la exploración complementaria instrumental por intereses económicos y que sobrecargan el trabajo del especialista.

7. Por último, pero no menos importante, la preparación de futuros docentes en el área, que reemplacen a los anteriores con mejores perspectivas de formación de cardiólogos integrales.

Los programas en general deben ofrecer un ambiente científico universitario donde el entrenado pueda tener facilidades para la adquisición de conocimiento, habilidades y actitudes, así como para la investigación en el campo cardiovascular, además de la interacción con otras especialidades afines tales como Medicina Interna, Cirugía Cardiovascular, Nefrología, Neumología y Unidades de Cuidado Crítico que faciliten un cuidado general y especializado para brindar al paciente atención integral. Todas las áreas enumeradas deben tener supervisión y enseñanza directa para el estudiante.

Por ahora puede decirse que un entrenamiento de dos años debe comprender un mínimo de seis meses de cuidado directo y aplicación en Cardiología Clínica de adultos, seis meses de cateterismo cardíaco, seis meses de procedimientos no invasivos (ecocardiografía, test de esfuerzo, Holter y electrocardiografía), dos meses de entrenamiento en Cardiología pediátrica (énfasis en Patología cardiovascular materno-obstétrica y neonatal y además Cardiología pediátrica general). Los restantes cuatro meses deben dedicarse a rotación por otras especialidades que se consideran básicas en el entrenamiento del cardiólogo, tales como: Neumología (un mes), Medicina nuclear (un mes) y Rehabilitación cardíaca (un mes), o cambiar estas últimas por Rotación–Electiva donde el estudiante a través de sus rotaciones básicas, haya tenido insuficiente exposición. También podría hacerse en otra institución o en el exterior.

Algunas instituciones en forma egoísta están reduciendo el entrenamiento en ecocardiografía y hemodinamia a tres meses con el criterio de que no se necesita más. Un entrenamiento de dos años debe capacitar al residente por lo menos para aplicar un marcapaso temporal o saber cómo hacerlo en caso de aplicación definitiva. Sin lugar a equivocarme podría decir que se tiene un criterio egoísta de temor por la competencia futura.

Debe facilitarse un tiempo de vacaciones dentro de alguna de las rotaciones que no exceda a quince días corridos cada año, ojalá en las rotaciones de mayor duración.

No sólo deben permitirse sino facilitarse licencias para asistir a congresos o reuniones científicas de la especialidad, a través de ayuda económica cuando se trata de trabajos en nombre de la institución, con el fin de estimular la producción científica. La mayoría de las instituciones exige un trabajo científico como requisito de grado.

Podrá facilitarse, como ya se dijo, la posibilidad de un tercer año, a quien quiera calificar como docente en el área o investigador, o entrenamiento especial de alguna sub-especialización de las áreas invasivas o no invasivas en el tiempo establecido. En general las áreas invasivas o cardiología intervencionista necesitan dos años.

Se recomienda un Director de programa, de tiempo completo, altamente calificado y certificado en la especialidad, con experiencia en la docencia y preferiblemente con calificaciones equivalentes a grados de certificación por los organismos estatales tipo Ministerio de Educación. El Director junto con un Comité de Postgrado, serán los responsables del funcionamiento del programa, así como de las facilidades locativas, físicas y humanas que se complementen para brindar un entrenamiento de alta calidad.

Además del Comité, deberá haber un gran número de especialistas de tiempo completo, parcial y de cátedra para garantizar la enseñanza directa y ojalá tutorial de los entrenados en sus respectivas unidades. Deberá entregarse al estudiante el programa de su respectiva rotación al ingreso a cada una de ellas y el programa general.

Para garantizar un excelente programa, la Universidad y las instituciones afiliadas que brindan el entrenamiento, deberán proveer recursos mínimos, tales como: servicio de hospitalización, no necesariamente específico en cardiología, consulta externa de cardiología y servicio pediátrico o facilitación de rotación por otra institución especializada en pediatría.

Deben existir Laboratorios de Electrocardiografía, Holter de presión y ritmo, Test de esfuerzo, Ecocardiografía, Medicina nuclear, así como Rehabilitación cardíaca y Laboratorios de cateterismo cardíaco y Rotación Doppler-Dúplex Periférico. Establecer clínicas especiales de seguimiento como: Hipertensión arterial, Clínica de marcapasos, Rehabilitación cardíaca y Clínica de insuficiencia cardíaca y contacto con Cardiología preventiva.

Naturalmente en un buen entrenamiento cardiológico son indispensables las Unidades de Cuidado Intensivo General, Cardiológico y de Cirugía cardíaca de adultos y niños. Además, laboratorios de Electrofisiología, así como de Investigación con facilidades de experimentación animal y laboratorios de Cirugía experimental. El residente debe recibir instrucción y facilidades de rotación por servicios de Telemedicina, que ha sido llamada «la medicina del futuro».

Una parte importante en los programas de cardiología la constituyen la Biblioteca Médica, así como los servicios de Hemeroteca, circulación y préstamo de material audiovisual como suscripción de revistas generales y especializadas. Además deben existir otros recursos auxiliares de enseñanza-aprendizaje como: audiovisuales, sonovisos, películas, grabaciones, proyecciones y préstamo ínter-bibliotecario de material audiovisual. Será muy importante el sistema Medlars-Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina, que permite un acceso directo a otros sistemas de información. Igualmente, debe diseñarse un horario que permita la asistencia de los estudiantes a estos servicios tanto en horas de trabajo como nocturnas y fines de semana o festivos. Se requiere también un laboratorio de simulación clínica, dotado con maniqués tipo Harvey, simulador de ruidos cardíacos y arritmias cardíacas y/o facilidades tipo u-MEDIC de la Universidad

de Miami. Maniquí Sam, Simman y Laboratorio de Reanimación Cardiopulmonar de adultos y niños. Facilitar al residente todos los medios actuales de E-learning y enseñanza virtual, así como Cochrane y los demás sistemas modernos virtuales de comunicación.

Igualmente la universidad tendrá mayor supervisión del trabajo de los residentes y mayor docencia, de tal manera que el estudiante no quede solo, ni se supla con residentes la falta de médicos de planta, especialistas, que deben hacer docencia. Debe exigirse dedicación exclusiva del trabajo del residente. A la par, las instituciones donde éste presta su servicio asistencial deben ofrecer bienestar universitario y remuneración por su trabajo. El dinero que la universidad cobra a los residentes obedece a que ésta debe devolver al hospital el 60% de la matrícula que éstos pagan, a pesar de que prestan un servicio asistencial. El que los residentes paguen ha ocasionado descontento, pero finalmente esto constituye una inversión que hacen en su educación continuada para lo cual la Universidad contrata docentes especiales en los hospitales donde rotan y asesores metodológicos para su trabajo de investigación, y entrega, además, uniformes así como paga por cada uno de ellos su "seguro de mala práctica". Quien les pague debe ser la institución por donde rotan y esto naturalmente es bastante controvertido, ya que, por el contrario, la institución no sólo no les paga sino que cobra un porcentaje de la matrícula por su rotación.

Las políticas de la Universidad en relación con el trabajo de los residentes en las instituciones donde rotan, es que no deben exceder ochenta horas/semana y tener un día (doce horas), o mínimo seis horas de compensatorio posturno (de 24 horas), ya que el trabajo excesivo y la falta de sueño no sólo son peligrosos para el residente sino para los pacientes. Se ha demostrado que los mayores errores de los residentes se cometen posturno. El exceso de trabajo interfiere con el desarrollo de los valores profesionales y de sus actividades que son parte de la exigencia ética del currículo; sin embargo se ha visto que el residente usa el compensatorio para trabajar en otros sitios.

El fenómeno de los médicos itinerantes vs. el entrenamiento formal de las subespecialidades de Cardiología

Día a día aumenta el fenómeno de los médicos itinerantes. Con esta denominación se hace referencia al *modus vivendi* y más estrictamente al *modus operandi*, que va ganando cada vez más prevalencia entre los médicos especialistas y por supuesto entre ellos, los cardiólogos y otros campos afines. Consiste en trabajar no solamente en varias instituciones en la misma ciudad sino también en otras de diferentes ciudades, para ganar un sustento decoroso.

De esta manera un cardiólogo intervencionista, el electrofisiólogo o un cardiólogo pediatra, a modo de ejemplo de lo que está sucediendo ahora, realizan su trabajo no sólo en una sino hasta en tres instituciones de la ciudad capital a la vez, viajan los fines de semana y en ocasiones las semanas enteras a las capitales de los departamentos vecinos o las ciudades intermedias.

Este fenómeno de los médicos itinerantes se encuentra tan extendido y generalizado que bien merece ser analizado en detalle, pues, como todo, tiene dos caras: aspectos positivos y negativos, ventajas y desventajas, por lo que se hace necesario también considerar sus factores causales, justificaciones y consecuencias.

En cuanto a las causas habría que comenzar, por supuesto, por el aspecto de las garantías laborales y los ingresos económicos. Con frecuencia la remuneración percibida en una sola plaza, debido a las aberraciones emanadas de la implementación de la ley 100, no se compadece con los doce o más años de educación universitaria, la mitad de los cuales habrá correspondido a una ardua función de residente y que además hipotecó su futuro con un préstamo en un banco o con el ICETEX para financiarse su especialización y poder sostener a la familia.

La remuneración tampoco está a la altura de la importancia de las intervenciones que realizan a los pacientes. Sobra mencionar la imposibilidad de completar los ingresos de manera suficiente con el otrora lucrativo ejercicio particular que está completamente acabado. Está, por lo tanto, justificado buscar otras plazas para obtener otros ingresos.

Otra razón importante es la necesidad real de la medicina especializada que padecen nuestras gentes, es decir a demanda, siendo por ende válido acercar nuestros servicios a las diferentes provincias del país para ejercer una medicina con equidad.

Pero es necesario considerar otros aspectos como la misma calidad de vida de los médicos itinerantes, pues si bien los ingresos se duplican o triplican, también lo hacen las horas de trabajo, los desplazamientos, el estrés de los mismos procedimientos o de alejarse de su sitio de trabajo, el tiempo fuera de sus casas apartados de sus familias y, en el caso particular de los cardiólogos intervencionistas, mayores ganancias a expensas de una exposición dos o tres veces mayor a la irradiación. De manera que ya no se les ve utilizar sus respectivos dosímetros para corroborar en forma inconsciente que están excediendo su capacidad en Rems.

Otro aspecto a considerar es la calidad del servicio que dan tanto en la plaza principal o de base, como en las accesorias, pues la consecuente sobrecarga de trabajo sin duda afecta la oportunidad con que se brinda la atención a cada paciente. Los días sólo tienen 24 horas y las semanas sólo siete días y las personas se enferman todo el tiempo y no cada ocho días cuando va el especialista. También se afecta adversamente la labor docente de los profesores de medicina que se convierten en médicos itinerantes, pues si bien pasan a demandar una mayor labor asistencial por parte de los residentes a cargo en sus servicios, brindan cada mes menos docencia. No es lo mismo tener tres o cuatro especialistas en una institución, a saber que únicamente hay uno porque los otros dos “están itinerando”.

No hay a la vista alternativas al fenómeno de los médicos itinerantes y por el contrario todo parece dado para que esta práctica se extienda, cuando ellos, es decir los directivos de sociedades, acaban de determinar que se suspende el entrenamiento de Hemodinamia Intervencionista, Cardiología Pediátrica y Electrofisiología porque “hay muchos especialistas y la demanda no alcanza para todos, es decir sobrepasa la oferta”.

Esto preocupa a las Facultades de Medicina, que han visto cerrados sus programas, lo que está ocasionando ya un éxodo de cardiólogos que tienen que trasladarse a Medellín por ejemplo, para hacer hemodinamia en una institución educativa que ha considerado que es injusta esta decisión y aún están emigrando hacia Argentina y Brasil a buscar entrenamiento.

Lo contrario está sucediendo, que instituciones respetables en el campo de la cardiología, tengan que “importar”, por ejemplo, hemodinamistas y cardiólogos pediatras para suplir la necesidad urgente, puesto que no hay suficiente recurso humano preparado en el país, lo cual se agravará si permitimos que se siga con esta práctica.

No se puede argumentar que haya muchos especialistas en estas tres disciplinas, pues el hecho de tener que itinerar, demuestra que en esos servicios no los hay; de haberlos, no tendrían que desplazarse a trabajar a otros sitios. Esto es lucrativo para la cada vez más creciente tropa de profesionales que ejerce esta práctica, pero injusto para el cardiólogo recién egresado que quiere hacer una sub-especialización, como ellos lo hicieron, aunque muchos de ellos sin un título universitario que certifique su especialidad.

Después de muchos esfuerzos en Colombia se ampliaron los programas de Cardiología Pediátrica lo cual impidió la peligrosa costumbre de que cardiólogos de adultos hicieran la cardiología pediátrica, y ahora estos mismos quieren quitarle la oportunidad al pediatra general de especializarse.

Finalmente quiero invitarlos a reflexionar acerca de esta determinación tomada, para evitar la interpretación que se está dando a quienes aspiran a estos programas “que los cardiólogos de edad temen, por el inexorable declinamiento de la capacidad de luchar contra la competencia del profesional joven”, con el agravante, como se anotó, de que un porcentaje apreciable de estos profesionales no pueden sustentar un diploma académico universitario, aunque todos reconocemos su experticia y pondríamos muy probablemente en sus manos no solamente nuestros pacientes sino eventualmente nuestros familiares y aun nuestra propia salud. Es injusto que se corte el entrenamiento en las sub-especialidades de Hemodinamia, Cardiología Pediátrica y Electrofisiología, con el argumento de que hay muchos especialistas, mientras los cardiólogos entrenados en estos campos están haciendo esta labor los fines de semana negando el privilegio de especializaciones a los más jóvenes por mandato de las Sociedades o Asociaciones que están obligando a las Universidades a cerrarlas. No sería sorpresa que el día de mañana se tome igual determinación con el programa de Cirugía Cardiovascular, que ya ha comenzado a disminuir el número de residentes que admite.

Futuro de los programas de Cardiología en Colombia

Para lograr un entrenamiento integral y más completo, probablemente se necesiten tres años para Cardiología en Adultos y tres años para Cardiología Pediátrica, como lo está haciendo en esta última sólo una universidad. Dos años adicionales en Electrofisiología (aunque la mayoría de los electrofisiólogos formados solamente hicieron un año), un año en Hemodinamia Diagnóstica y un año adicional en Hemodinamia Intervencionista. Igualmente crece la necesidad de entrenamiento, mínimo de un año, en Falla Cardíaca.

Bibliografía

1. Protocolo, Escuela Colombiana de Medicina "Programa de Cardiología" presentado al ICFES, Hernando Matiz Camacho, 1986. Director del Programa de Cardiología de Adultos.
2. Ministerio de Educación Nacional Decreto No. 3658 de 1981. Reglamentación sobre formación avanzada o de post-grado.
3. Presidencia de la República de Colombia. Ministerio de Educación. Estándares de calidad en programas académicos de pre y postgrado en Ciencias de la Salud. Decreto 0917 de marzo 22 de 2001.
4. Conti CR. What is a clinical cardiologist in 1984? *Am J Cardiol.* 1984; 54(1): 229-30.
5. Borrero A. Responsabilidad de la universidad colombiana ante el post-grado o educación continuada. *Asociación Colombiana de Universidades – ASCUN* 1985: 14-17.
6. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Comité de Medicina Interna y Cardiología. Programa mínimo de educación para graduandos en Cardiología. 2005.
7. Ministerio de Educación Nacional. Organización de la Oferta de Programas de Postgrado. Decreto 1001 del 13 de abril de 2006.
8. Ministerio de Educación Nacional. Reglamentación del Registro Calificado. Ley 1188 de 2008. Decreto 1295 del 20 de abril de 2010.
9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Talento Humano en Salud. Ley 1164 de 2007 (octubre 3). "Por la cual se dictan disposiciones en materia del talento Humano en salud".