
EDITORIAL

Docencia en Angiología y Cirugía Vascular

Cuando la Dirección de la Revista Angiología me solicitó un «Editorial» sobre la Docencia de nuestra Especialidad, acepté considerándolo un privilegio y a la vez una obligación ligada a mi función temporal de Presidente de la Comisión Nacional de Docencia. Intentar glosar en unas líneas toda la problemática de la formación en una especialidad joven y en continua evolución, parece excesivamente ambicioso. Sin embargo, sí se pueden puntualizar algunos conceptos que permitan conocer el estado actual y a la vez meditar sobre el futuro.

Los años que precedieron a la etapa actual de la Comisión Nacional de Docencia fueron trascendentales para la creación de la infraestructura básica asistencial y docente de la Angiología y Cirugía Vascular (ACV). En 1949 *Martorell* fundó la revista «Angiología» y en la década de los 50, se celebraron las primeras reuniones científicas sobre temas Angiológicos. En 1959 se funda la Sociedad Española de Angiología. Trascurrieron casi veinte años, no exentos de esfuerzos de quienes nos precedieron, hasta que la «Cirugía Vascular Periférica (Angiología)» fue reconocida como Especialidad oficial por el Ministerio de Educación y Ciencia (Real Decreto 2015/78). La Junta Directiva de la Sociedad, presidida por el Dr. J. M.^a Capdevila, tuvo entonces la satisfacción de ver logrado el objetivo por el que se había luchado y que daba punto de partida oficial a una realidad asistencial que ya había ido cimentándose en diferentes hospitales del país. La década de los ochenta consolidó el sistema MIR en el postgrado. La creación del Consejo Nacional de Especialidades y de las Comisiones Nacionales de Docencia de cada especialidad, con fines y funcionamiento articulado en el Real Decreto 127/84, hicieron a nuestro país pionero entre los de su entorno en

cuanto a la formación de especialistas. La Comisión Nacional elaboró desde sus comienzos el programa de formación teórico-práctico y los requisitos que se juzgaban mínimos para impartir la docencia de la especialidad por las futuras Unidades o Servicios docentes. Los ocho Servicios en principio acreditados han pasado a ser veinticuatro en el momento actual. Dos de ellos en situación de Auditoría Oficial y suspensión temporal de docencia. Uno de los Servicios acreditados oferta dos plazas anuales de formación.

En los últimos cuatro años, la Comisión Nacional de ACV ha revisado el Programa Docente adaptándolo a los criterios y avances de la Especialidad, siendo aprobado definitivamente en el pleno del Consejo el 30 de junio de 1994. La definición y sus objetivos como especialidad médico-quirúrgica permanecen, y se hace especial mención a sus diferencias con otras especialidades, como la cirugía cardíaca, en cuanto a sus competencias. Se incorporan a la Cirugía Endovascular como área de conocimiento terapéutico y método de tratamiento específico de las Vasculopatías, ampliando y definiendo rotaciones específicas por las Unidades de Angioradiología. La Microcirugía Vascular, la cirugía de la Hipertensión Portal y la cirugía Vascular en los trasplantes de órganos están incluidas en el programa de formación de ACV, se han definido a su vez los métodos diagnósticos de reciente incorporación (Eco-Doppler) como competencia propia y obligación docente de los Servicios Acreditados.

Una vez actualizado el Programa Docente se han revisado los requisitos mínimos para la Acreditación de Unidades. Su independencia asistencial y docente, dotación de infraestructura y recursos humanos, número de especialistas y actividad asis-

tencial, han sido confirmados y en algunos aspectos ampliados. Los Servicios y Unidades que solicitan la Docencia han de tener, evidentemente, unos años de rodaje que garanticen su estabilidad y solera para aceptar la responsabilidad de la formación de nuevos Especialistas. En las condiciones de Acreditación queda implícito la aceptación de la responsabilidad por parte del Jefe de la Unidad del cumplimiento continuado de los objetivos docentes. Cualquier variación debería ser comunicada a la Comisión para su conocimiento y potencial ayuda en su resolución.

De forma paralela, la aprobación de la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia en los Hospitales y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos Especialistas, completan la estructura teórica de todo un sistema que, si no perfecto, al menos constituye un marco sólido donde seguir trabajando. Esta reciente Orden Ministerial en desarrollo del Real Decreto 127/84, define la figura del Tutor docente, nombrado por la Gerencia o Dirección del Centro a propuesta del Jefe de Servicio Asistencial. El Tutor propondrá el plan de formación y lo supervisará de forma continuada, sin perjuicio de las facultades de dirección del Jefe de la Unidad. Se comprometerá a la evaluación continuada del Médico Residente y elaborará una Memoria Anual que visada por el Jefe de la Unidad se remitirá a la Comisión de Docencia. La actividad del Especialista en formación será reflejada en un libro curricular y visada por el responsable mensualmente, permitirá una evaluación continuada, aceptando observaciones en cuanto a la aptitud y conducta profesional. Todo ello constituirá la base de evaluación anual del Residente y figurará en su libro curricular. En el último año de Residencia la calificación del Comité de Evaluación será informada por la Comisión de Docencia y remitida a la Comisión Nacional de la Especialidad, que determinará la calificación final de los cinco años de formación y, en su caso, la concesión del Título de la Especialidad. En caso negativo, existirá la posibilidad de la realización de una prueba ante la Comisión Nacional. Este sistema de evaluación será aplicable a todos los Especialistas a partir del 1 de enero de 1996.

En nuestra Especialidad, como en muchas otras,

existen áreas de conocimiento y terapéutica que pueden entrar en conflicto de competencia con Especialidades afines, o bien, procedimientos terapéuticos o diagnósticos que puedan ser o estén siendo aplicados en el ámbito de otras Especialidades. La docencia de estas áreas puede ser compleja y requerir una dedicación y formación adicional mixta en cuanto a indicaciones, manejo tecnológico y tratamiento integral del paciente. En el futuro, pienso que un correcto planteamiento definiendo y acreditando Centros de referencia para su docencia por las Comisiones implicadas, y aprobado por el Consejo de Especialidades, puede establecer un marco claro que garantice una correcta formación. En el futuro se establecerán Áreas de Capacitación Específica que han sido definidas por el Comité «ad hoc» como *«el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad y/o extensión, a los recibidos en el período de formación como especialista y desarrollados sobre una parte del contenido de una o más especialidades, en que ya exista interés asistencial y científico suficiente y una dedicación significativa de un grupo de especialistas»*. El alcance de este futuro camino en nuestra Especialidad está aún por definir.

La Comisión Nacional de ACV se propuso, como agenda de trabajo en el año 93 y siguientes, promover un Audit interno de los Servicios Acreditados basados en puntos concretos consensuados por todas las Unidades. El objetivo fue establecer un control de calidad de la formación de nuestros Residentes y, a la vez, un compromiso pactado de toma de conciencia y ejecución de objetivos por parte de los Jefes de Unidades y Servicios Docentes. Para ello se eligieron aspectos de la formación que, en forma de encuesta anónima, se envían anualmente a los Médicos Residentes. Los resultados y otros aspectos docentes son discutidos en una reunión anual de Jefes de Servicio y comunicados públicamente en la Asamblea de la Sociedad.

Sin embargo, a pesar de disponer de un marco claro de funcionamiento y de promover sistemas de control lejanos a personalismos, el funcionamiento práctico de nuestro sistema sigue adoleciendo de grandes imperfecciones sólo superables, en mi opinión, por el esfuerzo de todas las partes implicadas.

Los programas de algunas Especialidades se su-

perponen y sólo podrá resolverse en un nuevo diseño de troncalidades comunes, que está pendiente hace años de elaboración. Situaciones de conflictos históricos de competencias entre la Cirugía Cardíaca y la Cirugía Vascular quedarán así claramente resueltos. Las rotaciones en período de formación, en la mayoría de los casos, se realizan de forma imperfecta o se omiten. Los Servicios de Cirugía General deben de asumir la responsabilidad de dar docencia completa a los Especialistas que rotan por ellos y no sólo o prioritariamente a sus propios Residentes. Deberían definir su cupo máximo de capacidad docente y, junto con las Comisiones Locales de Docencia, posibilitar alternativas en otros Centros no masificados, con Servicios de Cirugía activos.

El privilegio y obligación que se adquiere con la acreditación docente, en ningún momento es un título de marca o nivel de calidad del Servicio. Pueden haber Servicios Asistenciales no docentes con calificación igual o superior. La Docencia debe exigir una dedicación completa, perfectamente ordenada, sin perjuicio de la actividad asistencial. En ningún momento debe ser una medalla del Jefe de Servicio. Como tampoco la solicitud de Acreditación debe estar motivada por la ayuda que supone una «mano de obra» en Servicios con importante presión asistencial y, a veces, baja dotación humana de Especialistas. En las encuestas que hemos realizado existe un bajo nivel de cumplimiento de actividades docentes, cuya programación sólo depende del Tutor y del Jefe de Servicio. Esto tiene difícil explicación o, en su caso, debería implicar la renuncia a la docencia por dichas Unidades.

Es desgraciadamente frecuente la inactividad investigadora clínica o experimental de los médicos en formación ¿Cuál es la causa?, ¿Hay falta de medios, estímulo, falta de ideas, exigencia...?, o ¿es por desinterés del Residente? Cada uno debe contestarse, pero sí parece cierto que la solicitud de Docencia debe llevar implícitas estas responsabilidades. Si estas aptitudes y actitudes no se desarrollan en la etapa de formación, la cadena se romperá y el futuro de la Especialidad será sombrío.

Otro punto negro de difícil solución es responder al número de intervenciones quirúrgicas que debe ejecutar el Residente durante su formación. Parece claro que cuantas más, mejor. Frente a esto, está la realidad asistencial de nuestros Servicios Acredita-

dos, salvo excepciones. Datos de encuesta de actividad asistencial, realizadas recientemente, sitúan una media de 50 intervenciones de cirugía arterial por Especialista y año en nuestros Servicios. Cifras muy alejadas de los países de nuestro entorno y USA. Con estas cifras no sólo resulta difícil garantizar la docencia de cinco Residentes sino el mantenimiento del entrenamiento mínimo que garantice una asistencia con garantía de calidad. Las consideraciones sobre los desequilibrios regionales o de áreas de influencia de los Hospitales, las conexiones con asistencia primaria, la ausencia de nuestra Especialidad en la mayoría de las Universidades, los desequilibrios que ciertas patologías ejercen en las listas de espera,... etc., pueden ser las raíces de estos problemas que por su extensión no podemos considerar aquí. Pero el problema existe y nuestros Residentes, salvo excepciones, no son entrenados suficientemente en nuestros Servicios.

Es frecuente oír la queja del bajo número de Especialistas para cubrir plazas en Servicios o Unidades de nueva creación. O bien, la afirmación de la falta de Unidades de Áreas y provincias completas con desatención en nuestra Especialidad. Es sin duda cierto, pero también es cierto que pocos son los que se desplazarían a un lugar alejado a su medio para abrir nuevos caminos y crear la necesidad. La Administración es ciega muchas veces y sólo se la puede guiar con un «empuje» cada vez más infrecuente. Si, además, añadimos malas retribuciones y ausencia de estímulos o agradecimientos, podemos explicar la falta de permanencia y continuidad en algunas plazas y regiones. Es urgente la realización de un esfuerzo de planificación asistencial que, respetando las diferentes autonomías, tenga en cuenta la totalidad del país y el equilibrio necesario entre las regiones, permitiendo un estudio global que oriente la necesidad de Especialistas a medio y largo plazo. Conocidas las necesidades, deberán irse cubriendo, sin por ello hipotecar la calidad de formación de los nuevos especialistas. Lo que sí conocemos es la capacidad de formación que en el momento actual tiene el Sistema, y hay que hacer constar que actualmente se forman al año el número máximo de plazas disponibles. Espero que estos futuros Especialistas sean el germen de Unidades de Angiología y Cirugía Vascular en todos los lugares que actualmente están en situación deficitaria y de esta manera colaboren

en la difusión de la Especialidad en un alto nivel de competencia.

Estos son algunos de los puntos que se me ocurren como dignos de alguna meditación. No obstante, sin ninguna duda apuesto por el futuro, convencido que el esfuerzo de todos: Sociedades Regionales, Sociedad Nacional, Comisión y cada uno en su nivel y capacidad, llevarán la Especialidad al nivel que

corresponde y todo el esfuerzo de los que nos han precedido se verá claramente recompensado.

PROF. F. ACÍN
Presidente de la Comisión Nacional de
Angiología y Cirugía Vascular.