

## Europa y la formación en cirugía torácica y cardiovascular: ¿cuáles deben ser los mínimos?

Carlos-A. Mestres<sup>1</sup>,  
Gonzalo Varela<sup>2</sup>

Examinadores UEMS/EBTCS

<sup>1</sup>Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico, Barcelona

<sup>2</sup>Cirugía Torácica, Hospital Universitario, Salamanca

Europa ha sufrido profundos cambios en las últimas cuatro décadas, los cuales han afectado a todos los estratos de la sociedad, individualmente en los países miembros, en su forma de actuar, en el concepto de relación transnacional, de la economía de mercado y en el propio tamaño físico de la comunidad. Lo que ahora se conoce como Unión Europea (UE), gestada a principios de los 50 del siglo XX, tiene ya 25 miembros, y Bulgaria y Rumanía esperan entrar a formar parte de la misma a partir de enero de 2007, esperando Turquía su propio turno para un futuro más alejado.

Como profesionales de la medicina y de la cirugía hemos asistido a cambios poco imaginables en el inicio del último tercio del siglo pasado, como la posibilidad de poder ejercer nuestra profesión en diferentes ámbitos de los estrictamente nacionales. El Tratado de Schengen, firmado el 14 de junio de 1985, constituyó uno de los hitos más importantes en la construcción de la UE, si bien no se implantó de forma definitiva hasta marzo de 1995. Su objetivo principal fue la creación de una zona de libre circulación con la supresión de fronteras entre los países firmantes. Uno de los aspectos fundamentales es la libre circulación de personas<sup>1</sup>.

La evolución de la UE ha condicionado la adaptación de los individuos, de los países, de las naciones a una realidad supranacional. La medicina no ha sido una excepción y ha necesitado la creación de organismos reguladores de la práctica y de la enseñanza. Un ejemplo es la *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS), creada el 20 de julio de 1958, justo en el inicio de la andadura de lo que sería luego la UE. La UEMS ha publicado una serie de documentos relativos a la calidad de la práctica (*Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union*, marzo de 1996) y el desarrollo profesional (*Charter on Continuing Professional Development*, octubre

de 2001), más conocido como Declaración de Basilea<sup>2</sup>. A través de sus secciones, entre las cuales se cuenta la Sección de Cirugía Cardiorrástica<sup>3</sup>, la UEMS intenta establecer unos criterios uniformes para la educación y la práctica médicas. En lo relativo a nuestra especialidad, la *European Association of Cardiothoracic Surgery* (EACTS) lideró la formación del *European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgery* (EBTCS) en 1996, junto con las sociedades afines ESCVS (*European Society for Cardiovascular Surgery*) y ESTS (*European Society of Thoracic Surgery*) en un intento de establecer unas normas comunes para la educación de especialidad. En la actualidad, la titulación de *fellow* del EBTCS no es legalmente exigible para trabajar como especialistas en la UE, pero es más que probable que en el futuro se considere un mérito imprescindible a la hora de obtener un puesto de trabajo en los países miembros.

No obstante las buenas intenciones, nos encontramos todavía en una situación compleja. Si bien es una realidad aceptada por todos la existencia del EBTCS, del que muchos de nosotros somos miembros o *fellows* al habernos acogido a la *Grandfather Clause* o «cláusula del abuelo», la situación en la actualidad plantea interrogantes de difícil solución debido a la disparidad de criterios por la falta de armonía existente en la UE. En lo relativo a ciertos aspectos, Revuelta ya apuntó los problemas derivados de una falta de uniformidad<sup>4</sup> en cuanto a educación de posgrado y especialidad. Y así continuamos.

Un ejemplo reciente ha sido el de los exámenes EBTCS/UEMS que han tenido lugar, como cada año, al finalizar el congreso anual de la EACTS, en este caso el 5<sup>th</sup> EACTS/ESTS Joint Meeting celebrado en Estocolmo del 10-14 de septiembre pasados. Los firmantes, como examinadores, hemos comprobado con sorpresa que en la actualidad un médico español no puede superar el EBTCS al finalizar su formación MIR. De hecho, se ha negado la posibilidad de ser evaluados a dos especialistas españoles.

Hay que partir de la base de que el sistema de formación MIR, ya considerado de rancio abolengo en la docencia de posgrado en Europa, es un sistema que, aun lejos de la perfección, representa un sistema equilibrado, en general, en los contenidos, sobre todo si se le compara con otros sistemas

Correspondencia:

Carlos-A. Mestres

Editor-jefe

Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular

Príncipe de Vergara, 211, 10E

28002 Madrid

E-mail: secretario@seccv.es

docentes europeos. Ello ya ha sido puesto de manifiesto con anterioridad por Revuelta, et al.<sup>5</sup> en lo que respecta al programa de cirugía cardiovascular. A pesar de eso, el sistema MIR español no satisface los requerimientos del EBTCS. En primer lugar, por su duración, puesto que se exigen 6 años de formación, 2 de ellos en cirugía general (no es cirugía del aparato digestivo) que no contemplan ni el programa de cirugía torácica ni el de cirugía cardiovascular; sin embargo, la legislación laboral en España no permite programas de entrenamiento de duración superior a 5 años.

Este hecho ha sido ya denunciado a la presidencia del EBTCS, a la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular (SECTCV), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y a las respectivas comisiones nacionales de Cirugía Torácica y de Cirugía Cardiovascular. Esto es de capital importancia para el futuro considerando la imposibilidad práctica de modificar las leyes laborales en nuestro país.

Un problema diferente y no menos complicado de resolver es el de los contenidos del programa formativo. El EBTCS exige que el candidato haya realizado al menos 100 procedimientos como primer cirujano durante su formación. Si tenemos en cuenta el número de unidades docentes que existen en España (30 en cirugía torácica y 21 en cirugía cardiovascular), el número de residentes que hay actualmente en formación y el número de procedimientos mayores que se realizan al año en cualquiera de las dos especialidades, difícilmente se puede garantizar que los residentes actuales lleven a cabo el número de operaciones exigidas.

Por otra parte, un hecho asimismo sorprendente fue que uno de los candidatos no pasó el examen, que consta de tres partes y de una entrevista introductora, al considerar el grupo de examinadores que no reunía los mínimos necesarios para defenderse como médico. En este caso el candidato tenía acreditadas en su historia profesional, en un centro conocido europeo, cerca de 400 intervenciones de cirugía de revascularización miocárdica como primer cirujano. Es decir, que nos encontramos ante el caso de un individuo que ha sido entrenado en una técnica y sólo en una técnica, para desempeñar un trabajo técnico y sólo como técnico. Esto entra en flagrante conflicto con la situación en España y en Italia, con programas de entrenamiento de hasta un máximo de 5 años. En el caso de España, es más grave aún si consideramos que el nivel promedio de los residentes que acaban el programa MIR es superior a la media europea en cuanto a contenidos cognoscitivos, habilidades y actitudes y actividades<sup>6</sup>.

Por lo tanto, hay que deducir que siguen existiendo problemas en Europa. Seguimos estando lejos de la situación ideal de armonía en contenidos y equivalencias. Mas aún, no podemos imaginarnos cuál será nuestro futuro, por mucho que se haya discutido en diversos

foros nacionales<sup>7</sup> e internacionales<sup>8-10</sup>. ¿Son válidos los contrastes entre individuos con formación amplia y sólida y los individuos formados como técnicos en algo concreto y muy específico? ¿Es esto lo que queremos para nuestros futuros especialistas? ¿Por qué un cirujano de formación media correcta en España no puede ser considerado igual que un técnico en otro país de la UE?

Estas y muchas otras preguntas quedan en el aire. Los examinadores UEMS/EBTCS que firman este documento se han comprometido a difundir estas desigualdades y ya se han iniciado actuaciones. Seguimos pensando que algo pasa en Europa, como ya hemos denunciado recientemente<sup>11</sup> por otros motivos. No tenemos todavía respuestas claras a este tipo de preguntas, pero sí creemos que se debe seguir garantizando una formación de base amplia, sólida, sin fisuras e intentando tener un conocimiento general lo más amplio posible. Hay que evitar caer en el tremendo error de formar técnicos, no cirujanos, es decir, de favorecer el analfabetismo funcional de los que creen que hacer sólo intervenciones coronarias, o focalizar la atención desde el primer día sólo en la valva posterior mitral, sólo en la endoprótesis de la íliaca derecha o sólo en las broncoplastias del lóbulo superior derecho ha de ser la forma de conducirse en el futuro. A lo único que llevan este tipo de políticas es a la minimización del campo de actuación en beneficio de una supuesta «excelencia», pero que en la realidad lo único que favorece es quedar a merced del ambiente y de los enemigos comunes, de los que los más peligrosos siguen siendo los propios médicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. [www.europa.eu/scadplus/le/es/lvb/l33020.htm](http://www.europa.eu/scadplus/le/es/lvb/l33020.htm).
2. [www.uems.net](http://www.uems.net)
3. [www.uems.net/Cardio-Thoracic Surgery](http://www.uems.net/Cardio-Thoracic%20Surgery).
4. Revuelta JM. Docencia en cirugía cardiovascular: El puzzle europeo. *Cir Cardiovasc* 1996;3:11-7.
5. Revuelta JM, Mestres CA, Cuenca JJ. Cirugía torácica y cardiovascular: España en Europa. *Cir Cardiovasc* 1999;6:101-8.
6. Silva J, Mestres CA, Revuelta JM, Pomar JL. La formación del residente de cirugía cardiovascular en España. *Cir Esp* 2000;67:426-30.
7. Revuelta JM, Herreros J, Mestres CA, Juffé A, Comas JV, Pomar JL. La cirugía cardiovascular del futuro: nuevos retos. *Cir Cardiovasc* 2005;12:37-54.
8. Beyersdorf F. Symposium for the future of cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26(Suppl):2-3.
9. Sergeant P. The future of coronary bypass surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26(Suppl):4-7.
10. Klepetko W, Aberg THJ, Lerut AEMR, et al. Structure of general thoracic surgery in Europe: by the EACTS/ESTS Working Group on Structures in Thoracic Surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:663-8.
11. Mestres CA, Revuelta JM, Yankah AC. The European Working Time Directive: Quo Vadis? A well planned and organized assassination of surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006;30:571-3.





**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**