

La cirugía que se avecina: disminución de vocaciones y cambios en la forma de enseñarla y de ejercerla

Hace tan sólo 10 años, ante la necesaria reforma del programa de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo debido a los rápidos cambios científicos y tecnológicos, y el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica, nuestra preocupación más importante era el paro y el subempleo de nuestros jóvenes cirujanos. Existía un claro contrasentido. ¿Cómo formar mejor a nuestros cirujanos, para que su destino fuera el paro o el subempleo en guardias o trabajos temporales por horas? Hablábamos de la incorporación de la cirugía laparoscópica, de la eclosión de los trasplantes y de la regionalización de los procedimientos como hechos más destacables para el futuro de la cirugía.

¿Qué ha ocurrido en tan poco tiempo? No fuimos capaces de prever los cambios que se avecinaban. Nosotros por estar preocupados por la formación de “cirujanos de elite” como quería Halstead, y la administración por preocuparse por absorber la bolsa histórica de pretendientes al MIR, igualando progresivamente el número de alumnos de las facultades de Medicina y las plazas MIR anuales convocadas, objetivo este último sin ningún fundamento claro y sin los imprescindibles estudios prospectivos que apoyaran la medida. En términos taurinos “embestir al bulto”; igualar licenciados a especialistas, es una fácil solución para que no se acumulen licenciados sin especialización. ¿Pero cuántos especialistas hacían falta y de qué especialidades? ¿Cuántos alumnos de medicina?

Ahora nos encontramos con un problema de vocaciones quirúrgicas y con una desigual distribución geográfica de cirujanos, que no de falta de éstos. Además, deberemos afrontar una forma diferente de enseñar la cirugía y una redefinición de ésta para cubrir las verdaderas necesidades que exigirá la futura sociedad.

Es reconocido que existe un problema de vocación hacia la cirugía. En otros países ha disminuido de forma alarmante el número de residentes de cirugía en los últimos años. En el nuestro, los números con los que se elige cirugía han descendido, y se han situado por encima del número 2.000. Hasta hace sólo 10 años se escogían todas las plazas antes del número 2.000, mientras que ahora un 50% aproximadamente se escoge por encima de este número.

Las razones son complejas, aunque se pueden discutir varias, como los cambios en la educación pregrado, la fe-

minización de la medicina y el profundo cambio que está sufriendo nuestra sociedad.

Hay quien cree que los cambios habidos en la formación pregrado, con la incorporación de la enseñanza integrada, han influido negativamente en la vocación de los alumnos hacia la cirugía. El antiguo catedrático de cirugía con sus clases magistrales diarias y su imagen trascendente ha sido sustituido, en muchos casos, por programas integrados donde el protagonismo es para los especialistas no quirúrgicos. Quizá al alumno de hoy día no se le transmite la importancia de la cirugía, como ocurría anteriormente.

Por otra parte, en EE.UU. se está planteando el inicio de la enseñanza de la cirugía en el pregrado, para acortar el período de formación posgrado en cirugía general y abordar antes lo que para nosotros serían las capacitaciones específicas. Por motivos algo diferentes, nosotros también deberíamos plantearlo, pese a tener que vencer el eterno divorcio entre universidad y hospital: generalmente, los responsables de los cambios educacionales están lejos de la clínica y, por supuesto, de la cirugía. Sin embargo, la nueva Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), recoge en su artículo 22.1.2 que el acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará mediante una convocatoria anual de carácter nacional, que consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que “evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas. Asimismo, podrán establecerse pruebas específicas por especialidades troncales”. Quizá habrá que iniciar la enseñanza de la cirugía en los últimos cursos del pregrado.

La feminización de la medicina es un hecho reconocido por todos los expertos de fuera de nuestro país. No debe ser un problema reconocer su influencia en la cirugía. Se ha producido un cambio en la relación varón/mujer en la cirugía, con la incorporación de numerosas mujeres en todas las especialidades quirúrgicas. Así, entre los miembros de la Asociación Española de Cirujanos existe un 18% de mujeres, pero si nos referimos a los miembros junior este porcentaje asciende al 30%. Pese a estos datos, hoy día casi el 70% de los candidatos a una especialización son mujeres y entre sus preferencias la cirugía no es la más valorada, por lo que algo debe influir en el resultado final.

Peor solución tiene el cambio profundo que se está produciendo en nuestra sociedad. En una reciente encuesta

a nuestros estudiantes de secundaria sobre su futuro profesional, la inmensa mayoría optaba por una profesión que les dejara tiempo libre y les aportara buenos ingresos económicos. Este cambio social marca a nuestros estudiantes, con ofertas de nuevas profesiones que ofrecen lo que actualmente se llama de forma más que discutible "calidad de vida" y que se resume en tiempo libre y dinero con pocos esfuerzos. Frente a éstas, la medicina, y concretamente la cirugía, precisan de una mayor disponibilidad y de un mantenimiento de la competencia debida de forma continuada, con una exigencia cada vez más alta por parte de la sociedad que se acompaña de una mayor judicialización de los actos quirúrgicos.

La demostrada disminución de las preferencias de nuestros licenciados, junto a cierta escasez de cirujanos en algunas autonomías, que se ha hecho eco en las ambiciones partidistas de algunas otras, ha concluido con la convocatoria para el año 2006 de 160 plazas de formación MIR en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¿Se ha hecho un estudio de las necesidades actuales y futuras de cirujanos para nuestro país? ¿Tiene esa capacidad formativa nuestro sistema hospitalario? Por poner un solo ejemplo, según los mínimos quirúrgicos del borrador del nuevo programa de formación MIR, realizado considerando la formación de 80 cirujanos, cuando esos 160 cirujanos convocados para el 2006 en su último año aborden las intervenciones de complejidad 5, deberán realizar en nuestro país 800 esplenectomías, 640 resecciones hepáticas o 480 amputaciones abdominoperineales para completar su formación. ¿Es esto posible?

Por lo que se viene intuyendo, la próxima respuesta de la administración a la falta de vocaciones puede ser de similares proporciones a la tomada con la inadecuada redistribución de cirujanos en nuestro país: aumentar el número de alumnos de medicina. Es la solución fácil que se acompaña siempre de consecuencias adversas, el famoso "pan para ahora y hambre para mañana". ¿Se va a tener en cuenta que la proporción de alumnos de medicina por 100.000 habitantes es similar a la media europea? ¿Es realmente necesario aumentar el número de alumnos? Habrá que bajar la nota requerida en la selectividad para acceder a los estudios de medicina. Alguien debería considerar que quizá aumentar el número de plazas de residentes de cirugía o el número de plazas de alumnos de medicina son soluciones precipitadas que pueden estar lejos de mejorar las vocaciones y la redistribución de cirujanos, y cerca de empeorar la formación pre y posgrado de nuestros futuros ciudadanos. Lo que realmente urge es un mayor apoyo político y social a los médicos y a otros profesionales que se dedican al cuidado de la salud, además de los necesarios estudios de necesidades de alumnos de medicina y especialistas de cirugía. Eso sería lo inteligente, "una sociedad inteligente cuida a sus cuidadores" (Armand Gau).

Frente a este problema vocacional, nos hallamos inmersos en una profunda reforma de la formación quirúrgica, que se agrava con una falta de redefinición de las necesidades reales que nuestra sociedad exige en cuanto a la calidad de la asistencia quirúrgica.

Desde el punto de vista de la formación, al menos 3 aspectos deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la in-

corporación de la laparoscopia, que ha cambiado la forma de enseñar y aprender la cirugía. Períodos en el laboratorio experimental son ya necesarios en la cirugía laparoscópica más avanzada, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes. En el futuro, los simuladores, en actual desarrollo, serán virtuales y los cirujanos se entrenarán en ellos.

Un segundo aspecto son las reivindicaciones de los MIR a través de sus estatutos, a punto de ser publicados, y las normativas europeas de obligado cumplimiento de alrededor de las 48 h semanales de trabajo máximo, que engloben asistencia, docencia y guardias (European Working Time Directive). Se ha calculado, que en 1990 un residente que trabajaba entre 80 y 90 h semanales, durante las 46-47 semanas de trabajo anual, utilizaría 3.760 h anuales en su formación; con la nueva directiva europea serían 2.256 h, lo que supone un 40% de reducción en su formación. Habrá que buscar soluciones: o se aumentan los años de formación o se buscan fórmulas imaginativas, como añadir periodos formativos extrahospitalarios que no se contabilicen como tiempo trabajado, etc.

Finalmente, los programas de formación deberán considerar aún más la formación ética y en gestión. Se ha pasado de una medicina paternalista a una medicina que considera la autonomía del individuo de respeto obligado. Para muchas de las decisiones que los cirujanos tomen se deberá contar con pacientes y ciudadanos, como ya ocurre en las guías clínicas. Una mayor autonomía de los pacientes, con un mayor respeto a su libertad de poder elegir, junto a las consideraciones éticas y la judicialización de la medicina, marcarán la forma de ejercer la cirugía. Los efectos adversos serán de declaración obligatoria y la seguridad del paciente, prioritaria. Frente a la creciente judicialización inevitable, deberemos anteponer las consideraciones éticas.

En general, los cirujanos desconfían de la gestión porque consideran que puede representar una forma de perder su libertad clínica y sus valores éticos asistenciales, que pueden corromperse por una mentalidad economicista. La gestión está devaluada, en parte, por las malas experiencias reconocidas con la gestión en manos exclusivamente de los gerentes, y en parte, por el desconocimiento que se tiene de ella. Los cirujanos hemos adquirido una cultura orientada a atender todas las necesidades del paciente, sin preocuparnos por sus costes. Durante años, no se ha considerado necesario que nuestros residentes recibieran formación sobre gestión, por lo que falta experiencia y reconocimiento profesional. La gestión clínica eficiente debe considerarse como un imperativo ético y tendremos que enseñar esto a nuestros residentes, al menos igual que se les enseña a realizar una herniorrafia, si queremos mantener la viabilidad de nuestro sistema de salud tan loado.

El futuro de la práctica de la cirugía general pasará por su redefinición más dirigida a las necesidades de la sociedad. También por la economía; no todo lo que se considere indicado deberá, necesariamente, realizarse. Por eso las guías clínicas deben tener un protagonismo. Habrá que buscar el equilibrio entre la regionalización de los procedimientos y el 80% del quehacer diario y las listas de espera quirúrgica. Las cifras son objetivas cuando recogemos el número de cánceres de esófago o páncreas por

millón de habitantes y las cifras de los pacientes en lista de espera quirúrgica. Hace ya años que se conoce que en el Reino Unido fallecían anualmente más personas por hemorragia digestiva causada por antiinflamatorios no esteroideos que por cáncer de esófago y páncreas juntos.

Nuestro país demuestra constantemente sus inigualables cifras en trasplantes de órganos, como buena representación del desarrollo tecnológico y científico de nuestra medicina y, por supuesto, del excelente desarrollo técnico de sus cirujanos. Sin embargo, no ha sido igual con los índices de sustitución de la cirugía mayor ambulatoria, que define una mejor forma de relacionarse con los pacientes, mejora la calidad de la asistencia e influye positivamente en las listas de espera quirúrgica y en un reparto más equitativo de los recursos. Quizá la redefinición de la práctica de la cirugía pase por hospitales más pequeños, comarcales y urbanos, donde se realice la cirugía general bien gestionada, y mayores centros de especialización, más descargados de esa cirugía general y más dedicados a los aspectos más destacados de las áreas de capacitación específica.

En EE.UU. actualmente se discute una formación básica en cirugía general de 2-3 años, similar a la troncal de nuestra LOPS; una vez verificada la competencia, se puede pasar a 3 años más de formación adicional para los que vayan a dedicarse a la cirugía general (rural o urbana) o a 3 años de especialización, que incluye nuestras especialidades de vascular, trauma, etc., y nuestras áreas de capacitación específica. La LOPS, que de forma novedosa recoge la formación troncal de las especialidades quirúrgicas y deja entrever, como ya he comentado, una enseñanza de la cirugía en el pregrado, comete un error al recoger en su artículo 25, referente al acceso a las áreas de capacitación específica, sin diferenciar entre las especialidades médicas y quirúrgicas, en nuestro caso cirugía HPB, colorrectal, endocrina, esofagogástrica, de mama y politraumatizados y cuidados quirúrgicos postoperatorios: "Reglamentariamente, se establecerán los supuestos y requisitos... siempre que se acrediten 5 años de ejercicio profesional en la especialidad". Es decir, el acceso a la formación en áreas específicas será para cirujanos camino de los 40 años, después de la for-

mación MIR y 5 años de experiencia, lejos de las intenciones de los estadounidenses.

La cirugía que se avecina, según este breve recorrido por los acontecimientos que están sucediendo y los que están por suceder, estará influida por la falta de vocaciones, las diferencias en su enseñanza y los cambios en su ejercicio y, hasta ahora, la administración no parece ofrecer las soluciones más adecuadas. Muy probablemente, su distanciamiento de la opinión de los cirujanos explique en parte sus errores. No es la intención de este editorial ofrecer soluciones, sino advertir de los peligros que conllevan estos cambios para el futuro de la cirugía y recordar, una vez más, a la administración que debería contar con instituciones como la Asociación Española de Cirujanos, que representa al 60% de los cirujanos de nuestro país, a la hora de plantear soluciones a los problemas que se nos avecinan. Acciones como los diferentes cursos anuales de formación de residentes, de formación continuada, la publicación periódica de guías clínicas, de los consentimientos informados o los cursos de formación en atención a politraumatizados (ATLS) repartidos por toda nuestra geografía, por poner algunos ejemplos, así como el reciente aval de la concesión a nuestra asociación, entre todas las sociedades científicas de nuestro país, del prestigioso Premio Avedis Donabedian a la excelencia en calidad, deberían ser más que suficientes para mover la consideración de nuestra administración.

José Ignacio Landa García

Vicepresidente 2.º de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid. España.

Bibliografía general

- Borrador del nuevo Programa de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Disponible en: <http://www.aecirujanos.es>
- Casino G. Crisis de cuidadores [accedido 10 Abril 2006]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/pescepticemia.plantilla?pid=2945>.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). BOE 280, 22 de noviembre de 2003.
- Pellegrini CA, Warshaw AL, Debas HT. Residency training in surgery in the 21st century: a new paradigm. *Surgery*. 2004;136:953-65.