

Formación continuada: un instrumento para la plenitud y el liderazgo profesionales

El contexto

Creemos ser portavoces de la opinión de muchos de los miembros de la Societat Catalana de Cirugía al manifestar que la cirugía general está dejando de ser atractiva para los mejores estudiantes de nuestras facultades de medicina. El hecho de que se vayan cubriendo los cupos de plazas MIR de nuestra especialidad no debe hacernos caer en un optimismo fácil. Tal como está estructurado el sistema MIR, todos los licenciados tienen prácticamente asegurada una plaza de formación como especialista. En este escenario, y teniendo en cuenta las actitudes sociales más extendidas en la actualidad, no resulta extraño constatar que los licenciados escogen preferentemente especialidades remuneradas tanto o más que la cirugía general, muchas de ellas con mejores perspectivas de cara al ejercicio privado y menos exigentes en cuanto a la formación y a la práctica profesional. Este fenómeno no es local sino que ha sido identificado y estudiado en otros entornos con amplia tradición en la formación de médicos residentes de cirugía¹. En el ejercicio del año 2001 sólo dos recién licenciados escogieron entrar en cirugía general en un país con tanta historia quirúrgica como Francia (B. Launois, Premio Gimbernat 2002, comunicación personal).

Además de las razones expuestas, cabe añadir que durante la última década se ha dado una disminución sensible del liderazgo quirúrgico en la enseñanza de pregrado, lo que ha reducido el contacto directo de los estudiantes con la cirugía, tanto electiva como urgente². Si bien en otras especialidades médicas la necesidad de este contacto es relativa, en el caso de la cirugía es una condición que creemos indispensable para favorecer las vocaciones quirúrgicas de mayor calidad.

Finalmente, la burocratización y la politización de la asistencia sanitaria han hecho que la capacidad de decisión de los cirujanos en las políticas sanitarias que les afectan, tanto en el ámbito autonómico como local y hospitalario, haya disminuido y que el liderazgo y la influencia docente de los cirujanos se encuentre en horas bajas. Además, en algunas instancias, como la composición de

tribunales o la gestión de las listas de espera, se han producido ingerencias que vulneran la autonomía profesional mínima requerida para desarrollar nuestra labor con eficiencia y calidad.

Valor social e intelectual de nuestra especialidad

El resurgimiento de las vocaciones quirúrgicas de calidad pasa, en primer lugar, por una reivindicación del valor social de nuestro trabajo y, en segundo, por una mayor exigencia con nosotros mismos, tanto en el campo de la formación como en el de la defensa de nuestros intereses que, en gran medida, representan los de los pacientes que atendemos.

Reclamando una mayor presencia de la cirugía en la enseñanza de pregrado, Francis Moore escribía: "Los cirujanos hacen que los niños nazcan, que los cojos caminen, que los ciegos vean"³. De hecho, un 90% de las personas llevan al final de sus días alguna cicatriz quirúrgica en sus cuerpos. A pesar de los avances ocurridos en los tratamientos adyuvantes, la cirugía continúa siendo el medio terapéutico por excelencia en el campo de los tumores sólidos. La cirugía es, asimismo, la principal arma terapéutica contra las malformaciones congénitas y en todos los casos de traumatismos. Finalmente, la complejidad y el coste creciente de los medios técnicos empleados por los cirujanos ponen en nuestras manos decisiones importantes sobre la manera en que utilizamos los recursos a nuestra disposición⁴. Estos pocos pero ilustrativos ejemplos son suficientes para mostrar el impacto social de nuestra especialidad y, por tanto, la necesidad de que ésta sea ejercida en las mejores condiciones posibles y por los mejores profesionales que seamos capaces de formar.

Pero la cirugía general no sólo tiene un impacto socialmente benéfico; hemos de decir también que es una de las especialidades médicas más completas: por su amplio espectro de conocimientos, por la complementariedad de sus vertientes científica y técnica, por su importancia en la asistencia urgente y por la complejidad fisiopatológica de las enfermedades a las cuales se enfrenta. No hay duda de que se trata de una especialidad capaz de colmar las aspiraciones clínicas, docentes y de investigación de los médicos más motivados. Pero también es una especialidad exigente que requiere una vo-

Artículo redactado como contribución al LXXV Aniversario de la Societat Catalana de Cirugía.

cación de estudio permanente y en la que los errores a menudo se traducen en complicaciones graves. Todo ello implica que la recuperación de vocaciones para la cirugía general dependerá de nuestra capacidad de transmitir a las futuras promociones de estudiantes y MIR, no sólo con la palabra sino también con la acción, el valor social y el valor intrínseco de nuestra especialidad, así como la satisfacción de poderla ejercer a pesar de las dificultades que nos ofrece el entorno. Esta transmisión de valores pasa, en gran medida, por un refuerzo de la formación continuada y por la recuperación del liderazgo.

Formación continuada: medios clásicos y no tan clásicos

La formación continuada se ha ido imponiendo como un deber ineludible para los profesionales de la medicina, ya que la vida media de nuestros conocimientos se sitúa justo por debajo de los 5 años⁵. Los cirujanos, en particular, dada la componente tecnológica de su especialidad y la celeridad con la que evolucionan los protocolos de manejo perioperatorio, necesitan fuentes solventes de actualización de sus conocimientos. Para los MIR de cirugía general resulta fundamental mantener la dinámica de estudio de la licenciatura, de manera que se dé una evolución natural hacia la formación continuada y ésta sea asumida como un componente más de la vida profesional. A continuación comentaré brevemente los pilares sobre los que reposa una formación continuada eficaz y de calidad:

Lectura

No hay duda de que uno de los componentes básicos de la formación continuada es el desarrollo de un hábito de lectura de las principales revistas de la especialidad. Se han publicado diversas estrategias para hacerlo con la máxima economía de tiempo y, por tanto, no insistiremos aquí en cuestiones de método^{6,7}. En cambio, sí queremos remarcar que el nuevo paradigma de la medicina basada en pruebas nos fuerza a argumentar y a basar nuestra práctica de forma más sólida. Sólo un seguimiento crítico de la bibliografía científica nos permitirá alcanzar este deseado y beneficioso cambio de mentalidad que será necesario para ejercer la cirugía en este siglo que comienza. Actualmente, los instrumentos de búsqueda bibliográfica automatizada, el correo electrónico y la amplia difusión de las revistas de más impacto de nuestra especialidad (*Annals of Surgery*, *The British Journal of Surgery*, *Archives of Surgery*, *Surgery*, *JACS* y *Surgical Endoscopy*) ofrecen facilidades únicas que hacen prácticamente inexcusable mantener un hábito de lectura. Finalmente, es preciso comentar el papel creciente de los portales de Internet (<http://surgery.medscape.com>) como componente adicional de la formación continuada no presencial. La Asociación Española de Cirujanos registra ya una notable demanda de formación en forma de visitas a su página web (<http://www.aecirujanos.es/>) y es intención de la actual Junta Directiva de la Societat Catalana de Cirugía potenciar nuestra página web (<http://www.sccirugia.org/>) para abrirla a la formación *on line*.

Práctica quirúrgica

Una componente esencial de la formación del cirujano es la práctica quirúrgica. Algunos estudios prospectivos prueban que los conocimientos que posee un residente al acabar su período de formación están en relación con el número de intervenciones quirúrgicas realizadas. Éstas motivan al médico residente a estudiar no sólo la técnica más adecuada sino la enfermedad en cuestión⁸. Es muy importante que en la revisión en curso del programa MIR la Comisión Nacional de la Especialidad introduzca cambios sustanciales orientados a asegurar que los MIR que finalizan su formación tengan acreditado un número mínimo de intervenciones. Una vez especializado, el cirujano ha de saber que cada vez son más numerosos los estudios que demuestran una mejoría de los resultados asistenciales en función del volumen de cirugía realizada^{9,10}, lo cual implica que es imprescindible disponer de un volumen quirúrgico que garantice la seguridad del paciente. Si, por ejemplo, nos comparamos con el volumen quirúrgico semanal de un *consultant* inglés trabajando en el NHS¹¹, comprobaremos cómo la gran mayoría de cirujanos que ejercen en hospitales públicos españoles realiza una actividad entre un 30 y un 70% menor. Así pues, aún hay mucho que hacer en este campo.

Formación presencial

Dentro de las actividades de formación presencial, los congresos han representado una parte importante, a menudo la única, de la formación que han tenido los cirujanos una vez finalizado su período de aprendizaje. Desafortunadamente, la proliferación de reuniones médicas de calidad irregular, la presencia cada vez más influyente de la industria, las pugnas estériles por el control de los programas científicos y la desigualdad en la calidad de las presentaciones hace que los congresos no puedan garantizar un estándar de formación o, en todo caso, no resulten uniformemente positivos desde el punto de vista de la relación coste-beneficio⁴. Por este motivo, las asociaciones profesionales están llamadas a desempeñar un papel más importante en la formación presencial, ofreciendo actividades en las que quede garantizada la solvencia científica y en donde se den oportunidades para el diálogo y las posturas más críticas¹². En esta dirección querría situarse la Societat Catalana de Cirugía, ofreciendo por primera vez este año un curso de formación presencial dirigido tanto a los cirujanos en formación como a aquellos que ya ejercen autónomamente.

Investigación

Es preciso modular los intereses de los MIR durante el proceso de formación, de manera que los cirujanos jóvenes se sientan atraídos tanto por los aspectos técnicos de la cirugía como por los relativos al pre y al postoperatorio, a los cuidados intensivos¹³, a las ciencias básicas más relevantes para el ejercicio de la cirugía (microbiología, anatomía patológica, biología celular), al trabajo en equipo y a la comunicación con los pacientes¹⁴. Es preciso fomen-

tar la curiosidad por los aspectos menos conocidos de la patología quirúrgica y estimular la investigación, con el convencimiento de que el ejercicio intelectual que representa la lectura crítica de la bibliografía y pensar y ejecutar un trabajo de investigación es capital para la formación profesional global y para educar el talante abierto e inquisitivo propio de los mejores profesionales^{15,16}.

Evaluación continuada

Hemos de estar preparados, porque más pronto o más tarde la evaluación del sistema MIR y de la formación continuada (reacreditación) mediante pruebas objetivas se hará realidad. La sociedad civil será cada vez más exigente en la demanda de servicios asistenciales de calidad y, si no queremos asistir a una escalada de las demandas judiciales, hemos de ser los primeros en dotarnos de sistemas de evaluación que nos ayuden a minimizar las posibilidades de error^{17,18}. Tal como ha escrito Karl Popper, “aprendemos mucho más reflexionando sobre una equivocación que adquiriendo nueva información”¹⁹. Ello implica que el primer escalón de cualquier proceso de autoevaluación es la autoevaluación diaria y, por este motivo, la sesión de morbilidad y mortalidad se ha convertido en el instrumento más adecuado para implementarla²⁰. Hemos de conseguir que el 100% de nuestros servicios de cirugía realicen este tipo de sesiones con presencia de todos sus miembros, y muy especialmente de aquellos cuyos pacientes son objeto de reflexión colectiva. En este mismo sentido, sería también deseable promover desde la propia Societat Catalana de Cirurgia, tal como han hecho los colegios británicos^{21,22}, las evaluaciones internas (*audits*) para conocer confidencialmente y corregir los puntos más débiles de la asistencia quirúrgica en nuestro entorno.

Más allá de la monitorización de la actividad asistencial diaria, los métodos más consolidados de evaluación periódica (exámenes estructurados, preguntas de respuesta múltiple, enfermos simulados) se irán introduciendo hasta que la evaluación de los MIR y la reacreditación de los cirujanos *senior* sea un hecho natural, como lo es ya en otros países¹⁸.

Liderazgo

A los cirujanos les resulta difícil transmitir el valor y los valores de nuestra especialidad si no creen en ella y si no se autoexigen el máximo nivel para ejercerla. No es casual que las raíces de la cirugía se remonten a unas pocas escuelas solventes, ni tampoco lo es que el liderazgo de la figuras más señeras haya sido un auténtico motor de vocaciones quirúrgicas, no sólo por sus amplios conocimientos y competencia técnica sino también por la responsabilidad con la que han ejercido, así como su autocrítica y autoexigencia implacables. No debemos renunciar a esta tradición. Es fundamental que la Societat Catalana de Cirugia ayude, promueva y estimule las carreras de aquellos cirujanos que más pueden hacer para asegurar la continuidad de una excelencia que, en ciertos períodos, ha constituido una auténtica “denominación de origen” de

la cirugía catalana. Hemos de ser generosos, no renunciando a la crítica pero sí evitando en lo posible aquellos conflictos y rivalidades poco fundamentados que lastran nuestra labor y la hacen estéril. Potenciando y reconociendo la capacidad de liderazgo mejoraremos todos, ganaremos autoestima y, a buen seguro, pondremos de nuevo la cirugía general en el lugar que le corresponde. En esta misma línea, debemos rehacer un consenso para que las jefaturas de servicio, los cargos de representación institucional y los puestos académicos sean ejercidos por los compañeros más competentes, mejor formados y con más capacidad de generar entusiasmo y vocaciones de calidad entre la gente joven²³. Estos cargos no deben obtenerse como privilegios sociales ni, menos aún, por motivos de connivencia (o conveniencia) política; son cargos de servicio a la profesión y a la sociedad. Si dejamos que se continúen devaluando, seremos todos los que nos devaluaremos y colaboraremos con ello al oscurecimiento de nuestro futuro profesional y humano.

Finalmente, es preciso luchar por la dignificación de nuestra labor y por una mejor retribución. Entre muchos otros aspectos, resulta especialmente lamentable comprobar el gran número de MIR de cirugía general que actualmente se encuentran en paro o con empleos y salarios precarios en los servicios de urgencias, a menudo sin conexión alguna con un servicio estructurado^{24,25}. Esta situación supone el despilfarro de los medios empleados para formar especialistas y degrada, a nuestros ojos y a los de la sociedad, el oficio de cirujano. Las sociedades profesionales deben desempeñar un papel de mayor relevancia en la defensa de los intereses de sus miembros y esa defensa será en el futuro un parámetro importante para juzgar la dedicación y la capacidad de liderazgo de sus directivos.

Antonio Sitges-Serra

Director del Programa de Formación Continuada.
Societat Catalana de Cirugia. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, Cooke J, Williams RA. Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students. Arch Surg 2002;137:941-5.
2. McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA, Vincent CA. The changing clinical experience of British medical students. Lancet 1993;341:941-4.
3. Moore FD. Surgery for undergraduates. Lancet 1978;2:823,1096.
4. Sitges-Serra A. Ecosurgery. Br J Surg 2002;89:387-8.
5. Gorman PJ, Meier AH, Rawn C, Krummel TM. The future of medical education is no longer blood and guts, it is bits and bytes. Am J Surg 2000;180:353-6.
6. Kassirer JP. Too many books, too few journals. N Engl J Med 1992; 326:1427-8.
7. Sheckler WE. A realistic journal reading plan. JAMA 1982; 248: 1987-8.
8. Luchette F, Booth FMCL, Booth, Seibel R, Bernstein G, Ricotta J, Hoover E, et al. Experience as a surgeon determines resident knowledge. Surgery 1992;112:419-22.
9. Sosa JA, Bowman HM, Tielsch JM, Powe NR, Gordon TA, Udelsman R. The importance of surgeon experience for clinical and economic outcomes from thyroidectomy. Ann Surg 1998;228:320-30.
10. Marusch F, Koch A, Schmidt U, Pross M, Gastinger I, Lippert H. Hospital caseload and the results achieved in patients with rectal cancer. Br J Surg 2001;88:1397-402.
11. Goldacre MJ, Ferguson JA, Welch A, Kettlewell MGW. Profiles of workload in general surgery from linked hospital statistics. Br J Surg 1993;80:1073-7.

12. Annual Report (1997-1998). The Royal College of Surgeons of Edinburgh, p. 6-11.
13. Meyer AA, Fakhry SM, Sheldon GF. Critical care education in general surgery residencies. *Surgery* 1989;106:392-9.
14. Baldwin PJ, Paisley AM, Brown SP. Consultant surgeons' opinion of the skills required of basic surgical trainees. *Br J Surg* 1999; 86:1078-82.
15. Sitges-Serra A. Research during higher surgical training: a luxury or a must? *Ann Roy Coll Surg* 1995;77:1-2.
16. Does research make for better doctors? [editorial]. *Lancet* 1993; 342:1063-4.
17. Nyhus LM, Idezuki Y, Sheldon S, McCusker CI, Griffen WO. Creation, evaluation, and continuing assurance of excellence of the certified surgical specialist. *World J Surg* 2000;24:1519-25.
18. Krizek TJ. Surgical error. Ethical issues of adverse events. *Arch Surg* 2000;135:1359-66.
19. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J* 1983;287:1919-23.
20. McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991;302:1501-5.
21. Macarthur DC, Nixon SJ, Aitken RJ. Avoidable deaths still occur after large bowel surgery. *Br J Surg* 1998;85:80-3.
22. McGugan E, Burton H, Nixon SJ, Thompson AM. Deaths following hernia surgery: room for improvement. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 45:183-6.
23. Spanish universities and the obstacles to development [editorial]. *Nature* 1998;396:709.
24. Marín Rodríguez P. Análisis de la situación actual de paro y subempleo en los cirujanos españoles. *Cir Esp* 1999;66:58-60.
25. Fernández-Llamazares J. Panorama actual de la formación del residente en cirugía. *Cir Esp* 1998;64:509-10.