

El nuevo programa de formación de la especialidad de cirugía general y digestiva. Análisis crítico de unos objetivos utópicos

A. Álvarez Alcalde, C. P. Ramírez Plaza

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción

El nuevo programa de formación de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (en adelante, CGAD) responde a la Orden SCO/1260/2007, de 13 de Abril de 2007, y ha sido elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de CGAD y verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, actuando este último órgano como asesor en materia de sanidad.

El primer programa de formación de especialistas de CGAD fue redactado por la Comisión Nacional de la Especialidad en Julio de 1986 justo después de su creación fruto de la fusión, en aquel tiempo, de las Comisiones de Cirugía General y de Cirugía del Aparato Digestivo; desde entonces sólo se habían realizado algunas modificaciones puntuales, aprobadas por la Secretaría de Estado con fecha de 25 de Julio de 1996, motivo por el cual se decidió efectuar la tercera y más pretenciosa revisión, que es la que nos ocupa. Esta última reestructuración tiene su justificación en cuatro puntos esenciales:

1.— La modificación del espectro epidemiológico de la especialidad, que aconseja insistir en áreas de reciente eclosión e interés como son, por ejemplo, la cirugía de la obesidad mórbida y el trasplante de órganos.

2.— La introducción del especialista en formación en las áreas de capacitación específicas o unidades especializadas (Cirugía Colorrectal, Cirugía Hepatobiliar y Pancreática, Cirugía

Endocrina y de Mama, Cirugía Esófago-Gástrica...), siempre multidisciplinarios y que han mejorado de forma exponencial los resultados del tratamiento de determinadas patologías específicas.

3.— El desarrollo de nuevas tecnologías, entre las que destaca fundamentalmente la Cirugía Laparoscópica ó mínimamente invasiva y, más recientemente, la Cirugía Robótica.

4.— Por último, la necesidad, en nuestra opinión más determinada por la política que estrictamente sanitaria, de que el residente se forme en los aspectos relativos a gestión clínica, calidad asistencial y bioética. Sin embargo, el análisis pormenorizado del nuevo programa de formación pone de manifiesto muchos aspectos discutibles, como ya veremos, y plantea la duda de la viabilidad del cumplimiento de los mínimos requeridos en función básicamente de dos factores: unas exigencias cada vez mayores y una restricción del número de horas de trabajo computables (tanto de jornada ordinaria como de jornada complementaria). Estas circunstancias, junto al hecho diferencial que supone respecto al resto de los países del mundo la denominación de nuestra especialidad como CGAD (en el resto del mundo existe la Cirugía General, sin más), abren la puerta a un debate que, viendo la evolución histórica que las necesidades del sistema sanitario público están tomando, nos conducen obligatoriamente a plantearnos bien la ampliación del período de formación del residente o bien la creación de una especialidad troncal general separada al uso del resto de los países de nuestro entorno sociocultural.

El 'doble perfil asistencial'

Las primeras notas de confusión se plantean en la definición de competencias y en los objetivos generales de la formación,

Correspondencia: A. Álvarez Alcalde. Secretaría de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Av. de Carlos Haya s/n. 29010 Málaga. cprptot@hotmail.com

todo tiene su trasfondo en la sobrecarga que supone tener que formar a *dos especialistas en uno* y en la diferencia que el concepto *Cirugía General* tiene según desde dónde se le considere. El nuevo programa insiste en pretender formar, por un lado y de forma prioritaria, a un *cirujano general puro* cuyo perfil asistencial sería el de un Hospital Comarcal o de Primer/Segundo nivel. Este cirujano, en nuestra opinión, debería tener una formación *más básica* en Cirugía que le permitiese afrontar los problemas quirúrgicos urgentes y aquellos electivos más prevalentes no tratados de forma rutinaria en las unidades especializadas; de igual modo, y dado que habrá de asumir la asistencia inicial de las patologías urgentes de otras especialidades, se le deberá procurar una formación complementaria adecuada en las demás disciplinas quirúrgicas. Esta formación en Cirugía General, pese a lo que el nuevo programa erróneamente sugiere, no tiene nada que ver con la idea de la *General Surgery* establecida por el European Board of Surgical Qualification; el *syllabus* o listado de competencias y objetivos formativos de ésta última exige un período mínimo de 6 años para la formación de un especialista de *Cirugía General*, y la cirugía del tracto digestivo supone un período de aprendizaje en el que, porcentualmente, no se insiste más que en la Cirugía Torácica, Urológica, Cardiovascular, Endocrina, Oncológica o de Cabeza y Cuello. El concepto de *General* que acarrea nuestra especialidad, en el momento actual, es otro totalmente diferente y no es, ni más ni menos, que el cajón desastre de los problemas quirúrgicos que en nuestro medio no han sido asumidos por otras especialidades quirúrgicas, a saber: a) la llamada Cirugía Endocrina, que implica la patología quirúrgica de las glándulas tiroides y paratiroides, y que es asumida en muchos países por los cirujanos de Cabeza y Cuello o bien por especialistas de ORL; b) la Cirugía de Mama, que hoy día es campo compartido con los especialistas de Ginecología y que en pocos años será tratada por equipos médico-quirúrgicos multidisciplinares en los que el especialista en CGAD tendrá cada vez menos sitio; y, c) los problemas de la piel y partes blandas, que lamentablemente hemos de tratar nosotros hoy día sea cuál sea su topografía y que estamos en la obligación de ir adjudicando, lo antes posible, a los diversos especialistas quirúrgicos en función de la localización de los mismos.

Por otro lado, el nuevo programa insiste, textualmente, en *el objetivo de formar profesionales con capacidad para desarrollar dos perfiles asistenciales diferentes*. Este segundo perfil, que es el de un especialista integrado en una unidad o área de capacitación específica, debe adquirirse de forma obligatoria en un Hospital de Tercer Nivel, y aunque en algunos casos se inicia y esboza (por interés del propio especialista en formación) antes de terminar el período de residencia, siempre se completa en los primeros años del desempeño profesional post-MIR y prepara un *cirujano digestivo*, nada *general*, y que finalmente será un subespecialista en un campo concreto. En esta línea, los dos primeros hechos que justifican la revisión del programa (el cambio de espectro epidemiológico y la dedicación especial a campos concretos) se corresponden específicamente con éste segundo perfil formativo.

Pretender hoy día formar al mismo tiempo un cirujano con estos dos tipos de *perfiles asistenciales* (como dice el programa) se antoja técnicamente imposible en un período de 5 años y conceptualmente erróneo desde los puntos de vista de gestión

de recursos y acceso al mercado laboral. Las necesidades sociales y la carencia de profesionales demandan un acercamiento a los programas de formación de los restantes países europeos, y pasan por establecer un tronco común de formación para todas las especialidades quirúrgicas que pueda gestionar la formación fluida de cirujanos generales con perfil asistencial de hospitales de Primer y/o Segundo nivel y, a partir de ahí, la formación de cirujanos más especializados dentro de los cuáles la Cirugía Digestiva sería un área de capacitación específica como lo son la Urología, la Torácica, la Cardíaca, la Vascul... Es lógico pensar que los hospitales comarcales jugarían un papel esencial en la formación del *cirujano general* y que serían los hospitales de Tercer Nivel los adecuados para la formación del *cirujano digestivo*; esto supondría, para muchos, volver 22 años atrás (cuando las especialidades de Cirugía General y Cirugía Digestiva eran diferentes y se regían por Comisiones Nacionales también distintas), aunque la idea es totalmente distinta y busca únicamente cubrir las necesidades reales de especialistas en función de la demanda social.

Un tiempo cada vez más limitado

La evolución que ha tenido la sociedad española en los últimos 50 años ha conducido, en buena parte, a la situación socio-laboral que estamos viviendo y que ha llevado a limitar cada vez la más jornada laboral también en la formación especializada. De una sociedad de subsistencia, en los años 50, se pasó a un tiempo de educación profesional que orientaba el trabajo como una forma de realización personal, y esto se reflejó en unos tiempos de residencia que eran verdaderos *internados* sin límite de horas en el hospital. Finalmente, el propio devenir y desarrollo de nuestra sociedad ha traído una cultura del ocio y del bienestar que se ha reflejado, también, en los residentes, y que con las reivindicaciones laborales ha condicionado la aparición de un nuevo tiempo laboral. Sin lugar a dudas, estas circunstancias han incidido también en crear unos profesionales con menos iniciativa y una menos voluntad global para la asunción de responsabilidades en el ámbito hospitalario.

El 1 de Agosto de 2008 es la fecha que culmina, y al mismo tiempo da inicio, a la reducción progresiva de la jornada máxima establecida por la disposición transitoria primera de la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, y que limita a 48 horas semanales, en cómputo semestral, la suma de las jornadas ordinaria y complementaria para los especialistas en formación. Esta reducción se ratifica en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de Octubre, que pretende regular la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, y que recoge, además:

—Una reducción de la jornada ordinaria a un límite de 37.5 horas semanales, lo cual implica de forma estándar una jornada diaria de 7.5 horas; esto es, aproximadamente, lo que supone el trabajo de mañana de cada día del residente, en un horario que vendría a ser de 8h. a 15h.30min. de Lunes a Viernes.

—Un período mínimo de descanso de 12 horas entre el fin de una jornada y el inicio de otra, que serán de obligatorio cumplimiento tras 24 horas de trabajo ininterrumpido (ya sea por prolongación de jornada ordinaria o bien por jornada

complementaria). Sólo en caso de problemas organizativos insuperables o bien de especial interés formativo a criterio del tutor podrá este descanso obviarse, y siempre de forma puntual, no por rutina; de todas formas, la indefinición de este punto es manifiesta y puede dar lugar a todo tipo de interpretaciones.

—Un número máximo de guardias o jornadas complementarias de 7 al mes.

—Que se asegure, con estas prerrogativas, el cumplimiento de los programas docentes.

El número de guardias que el nuevo programa de formación de CGAD aconseja es de 4-6, por lo que intentaremos establecer, a partir de ahora, un promedio de 5 guardias al mes para planificar la jornada laboral del residente. Cinco guardias mensuales, asumiendo a la baja sólo un día de fin de semana y 4 laborables, implican un total de 92 horas mensuales cumplidas sobre un total de 208 horas límite (48 h. semanales por 26 semanas al semestre); de este modo, sólo 116 horas podrían estar disponibles para la jornada ordinaria, que supondrían 15 días de trabajo (15 días x 7.5 h. = 112.5 h.) y se repartirían como 4 días durante tres semanas y sólo 3 días la semana restante. Para un residente que hiciera 6 guardias al mes, las cifras serían de sólo 97 ó 90 horas disponibles (según haga una ó dos guardias en fin de semana) y 13 ó 12 jornadas ordinarias disponibles, respectivamente; con 7 guardias al mes, un límite que será de 73 horas mensuales (no llegaría ni a 10 jornadas ordinarias) tendrá un efecto muy nocivo para cualquier rotación, al no permitir más que 2 mañanas de trabajo a la semana. Solamente un promedio de 4 guardias al mes (75 horas de jornada complementaria y 131 disponibles para las actividades formativas de mañana) permitiría al residente disponer de 4 mañanas cada semana, es decir todos los días menos el *saliente* para realizar rotaciones completas y con una disponibilidad adecuada. Pero, ¿en qué hospitales los residentes hacen sólo cuatro guardias mensuales?; es más, ¿en que hospitales hacen menos de seis, con el perjuicio formativo que ya hemos visto que el cumplimiento del R.D. 1146/2006 va a acarrear?. El balance es difícil porque es responsabilidad de todos, residentes y adjuntos, que se cumpla la legislación, que para eso está; pero, de igual modo y quizás más importante, es nuestra obligación moral para con la sociedad de formar buenos profesionales, y la formación requiere de unos plazos de tiempo y un número de horas de trabajo que la enfrentan con el cumplimiento de la ley, que tiene ni más que menos rango de Real Decreto.

Si analizamos el calendario de rotaciones propuesto en el nuevo programa de formación y lo cruzamos con la realidad laboral de número de horas disponible nos encontramos que los residentes pasan fuera del ambiente de su propia especialidad los siguientes períodos:

—Cinco meses completos, uno por año, que corresponden al descanso por vacaciones.

—El dedicado a las rotaciones externas, es decir, por otras especialidades médicas o quirúrgicas diferentes relacionadas, va a ocupar un período variable de tiempo que oscilará entre un mínimo de 11 y un máximo de 17 meses; ello será en función de si se realizan las rotaciones opcionales (Ginecología debería ser, en opinión de los autores, obligatoria) y de si se elige una política formativa *de mínimos* o no en aquellas que ofrecen horquilla de 1-2 ó bien de 2-3 meses. Como media,

vamos a establecer 14 meses de período rotacional externo a los largo de la residencia, durante el cuál además el residente estará haciendo guardias de Urgencias en la mayoría de los Centros Hospitalarios y se considera conveniente que realice las jornadas complementarias de formación continuada restantes en la especialidad que rota.

—La rotación de 2 meses por Atención Primaria, establecida por la Resolución de 15 de Junio de 2006 de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económicos Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, y refrendada en nuestra Comunidad Autónoma por la Instrucción 1/2006, de 30 de Octubre, de la Dirección General de Investigación, Calidad y Gestión del Conocimiento.

—La rotación de 2-3 meses, aconsejada en el programa y por la experiencia de muchos profesionales, en una unidad especializada de otro centro, nacional o extranjero, de reconocida capacidad docente o investigadora.

—El nuevo programa, en su punto 12.4, recoge un mínimo de 300 horas que deben figurar en el libro del residente por la realización de los cursos transversales (40 horas) y de los específicos (260 horas). Esto supone, según el promedio que establecimos, 40 jornadas ordinarias de trabajo de dedicación a cursos (prácticamente 3 meses completos).

Si sumamos los meses, salen un rango de 25-30 meses completos sobre un total de 60 (41.6%-50%) que el residente invertiría en su formación fuera de lo que sería su Unidad Docente concreta de Cirugía General y Digestiva. Es decir, que serían un total de 30-35 meses netos (entre 2.5 y 3 años reales) los que el especialista en formación va a estar en el Servicio de CGAD; de ellos, 13 meses estarían dedicados a las rotaciones por áreas de capacitación y son de 17-22 meses, repartidos en los 4 primeros años, el tiempo disponible para la formación *general*, que incluiría básicamente la laparoscopia, la patología relativa a la pared abdominal (es decir, hernias y eventraciones) y la patología perianal no específica (hemorroides y fistulas no complejas, esencialmente). Es decir, sobre el papel, unos *números adecuados y un programa perfecto*....

Las rotaciones establecidas y sus objetivos

Rotaciones externas

Quedan recogidas en este apartado las rotaciones que se realizan en otras especialidades médicas distintas a la Unidad Docente de CGAD del hospital dónde se forma el residente, sean o no físicamente en el mismo centro hospitalario.

No existe ninguna duda del interés formativo esencial que tienen las rotaciones por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Radiodiagnóstico (Rx), Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Urología, Cirugía Plástica y Ginecología. Sin embargo, es de lamentar el poco interés que se ha puesto en definir unos objetivos claros y en delimitar un período de tiempo concreto para las rotaciones con la escasez de horas disponibles; en nuestra opinión, sería deseable eliminar las horquillas (*de 1-2 meses ó de 2-3 meses*) para buscar uniformidad y, además, establecer unos objetivos reales y acordes a dicho período, ya que los exigidos parecen glosarios del campo de trabajo de esa especialidad y de ningún modo puntos diana sobre los que

incidir en un período limitado, sobre todo en UCI y Rx. La rotación por Ginecología la consideramos fundamental puesto que es relativamente frecuente en nuestra práctica diaria enfrentarnos a procesos que afectan al útero y/o los anejos, y que el cirujano debe saber resolver; sin embargo, y al ser una rotación opcional, los objetivos no han sido siquiera definidos en el programa.

Si que es muy discutible la decisión de haber incluido en el programa formativo, por parte de la Comisión Nacional de CGAD, las rotaciones por Endoscopia, Atención Primaria y Protección Radiológica, así como las sorprendentes y novedosas *rotaciones de guardias* en Neurocirugía y Traumatología. La rotación de Protección Radiológica, que persigue ajustar los conocimientos recogidos en la guía europea *Protección Radiológica I16*, ocupa un período de 9-16 horas y su realización como módulos horarios aislados aportará conceptos básicos en radioprotección que serán de utilidad; sin embargo, no sólo no se está realizando en casi ningún centro sino que además la mayor parte de los tutores y residentes desconocen su existencia.

Lo que es más discutible es el valor de la rotación en Atención Primaria; su meloso y bien dictado objetivo de que *los residentes contacten con los especialistas de Atención Primaria desde el principio como una vía para consolidar una cultura de acercamiento y unas bases de colaboración en el ejercicio profesional futuro* no justifica un período de 2 meses en un calendario docente tan apretado. Su contenido, según recoge el Acuerdo de 4 de Abril de 2006 de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, debe orientarse a ampliar los conocimientos del residente en *comunicación asistencial, relación médico-paciente, faceta preventiva y asistencial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (individuo, familia y enfoque bio-psico-social), razonamiento clínico en un contexto de alta incertidumbre diagnóstica y alta frecuentación y conocer los aspectos básicos relativos a la organización, funcionamiento y gestión de los Centros de Salud*; ninguno de estos puntos justifica esta rotación. El residente de CGAD desarrolla estos aspectos de la comunicación con los pacientes mediante el trabajo en la sala, desde el principio, y se maneja en ambientes de masividad y duda diagnóstica durante su período de guardias en el Área de Urgencias, en los dos primeros años, tal y como ocurre en la mayoría de los centros hospitalarios, acompañado por médicos especialistas en MFyC bien formados y competentes que son el mejor ejemplo del funcionamiento de la Atención Primaria. Es difícil comprender como la Comisión Nacional de la Especialidad ha optado por incluir esta rotación en el nuevo programa (una imposición leonina desde la Administración Central, como se ha postulado, no parece un explicación de peso) e imaginamos que en el futuro se informará de sus beneficios, una vez registrada la experiencia inicial, a los responsables de docencia de CGAD de los distintos centros hospitalarios. La encuesta realizada a nivel de residentes por parte de la Sección de Formación Postgraduada de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), cuyos resultados se comunicaron recientemente en la III Reunión Nacional de Tutores de CGAD durante este mismo año (datos no publicados), reflejó el rechazo de hasta el 93% de los residentes a esta rotación, el 48% por considerarla innecesaria y el 45% por falta de tiempo en el programa.

La aparición de la rotación por *Endoscopia diagnóstico-terapéutica*, durante 1-2 meses, también ha sido motivo de debate por el dudoso interés formativo que pueda tener. Sus objetivos, en lo que a indicaciones y aplicabilidad se refieren, son susceptibles de estudio y aprendizaje en cualquier tratado de patología digestiva médico-quirúrgica y están bastante estandarizados; la adquisición de destrezas y conocimientos en relación con las técnicas endoscópicas, por otro lado, son competencia clara del especialista de Medicina Digestivo y no justifican una rotación externa. Únicamente el uso y manejo del rectoscopio es una herramienta básica en la asistencia quirúrgica diaria en unidades de Cirugía Colorrectal y su aprendizaje se puede llevar a cabo, de forma habitual, una vez que el residente o cirujano recién formado elige esta área de capacitación específica para su desarrollo profesional. Además, con interés e inquietud, el residente en formación puede acceder durante sus jornadas ordinaria o complementaria a las zonas de endoscopia digestiva y comprobar la sistemática y el proceso de su realización.

Finalmente, tampoco parecen tener un sitio ni justificar una necesidad formativa la realización de 10 guardias en las especialidades de Traumatología y Neurocirugía durante los años de residencia tercero y cuarto, respectivamente. En primer lugar, realizar guardias en otra especialidad sin un eje formativo teórico-práctico de jornada ordinaria no tiene mucho sentido. En segundo lugar, la forma de estructurarlas no está regulada en el programa: su realización agrupada separaría durante 2 meses a los residentes R3 y R4 de las guardias de especialidad (algo perjudicial a esa altura de la formación), y hacerlas de forma dispersa como una o dos guardias al mes durante 5-10 meses no tiene ningún sentido, va a aportar prácticamente nada y jamás conseguirá una implicación efectiva emocional del residente en la especialidad ni un sentido de colaboración clara por parte del docente de Traumatología o Neurocirugía. En tercer y último lugar, no es fácil entender como en unas pocas jornadas complementarias se pide *adquisición de conocimientos y destrezas e iniciación a las técnicas neuroquirúrgicas o traumatológicas*; los conceptos o ideas básicas habrán sido adquiridos, con más efectividad y de forma casi automática, durante las guardias realizadas en los Servicios de Urgencias (tanto en Policlínica como en el área de Observación), y sobre todo, en la rotación de la UCI. En la encuesta antes referida de la AEC, más de la mitad de los residentes (55%) rechazaron esta rotación y la consideraron de nula utilidad.

Rotaciones internas

Se consideran como tales las rotaciones que se realizan, para completar la formación durante los últimos dos años, dentro de las Áreas de Capacitación o especial interés. Si se trata de un hospital de Tercer Nivel, se podrán realizar dentro de la misma Unidad Docente de CGAD del hospital donde se forma el residente; si es un hospital de Segundo Nivel, estas rotaciones precisarán un servicio de CGAD de un centro de referencia terciario.

El nuevo programa limita a un período de 12-13 meses el tiempo que debe emplearse en estas rotaciones, repartido como 4 meses para cirugía Colorrectal (CCR), 4 meses para cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplantes (CHBP-T), 2

meses para cirugía Esófago-Gástrica (CEG) y 2-3 meses para cirugía Endocrina y de Mama (CEM); la formación en estos campos específicos deberá completarse con la realización de cursos y seminarios específicos dedicados a ellos, siendo preferentes los organizados por la AEC. Existe, sin embargo, una gran discordancia entre el tiempo dedicado a estas rotaciones internas y el número mínimo de procedimientos exigidos relacionado con ellas; es exagerado y utópico, en un período tan escaso en el que apenas da tiempo más que al aprendizaje de los conceptos anatómicos y de táctica quirúrgica básica en campos tan concretos, exigir un mínimo de 4 hepatectomías, 3 esplenectomías, 15 cirugías de cáncer de mama, 3 gastrectomías, 3 cirugías antirreflujo ó una achalasia. Estos números se alejan de la realidad, banalizan técnicas quirúrgicas de complejo aprendizaje y, además, pueden ayudar a crear en el residente una falsa sensación de rápido dominio de estos campos que induzca al error; finalmente, queda en entredicho que potenciar la formación en las áreas de capacitación, tal y como dice el apartado 2 del nuevo programa, sea verdaderamente uno de los hechos que han justificado la actual revisión del programa formativo de CGAD.

De igual modo, y según los números que hemos considerado en el epígrafe 3 de este trabajo, los restantes 12-17 meses se dedicarían a la formación en lo que podríamos llamar cirugía general o áreas no específicas de conocimiento, que según los objetivos exigidos quedaría restringida a la Cirugía Laparoscópica (CL) y la Cirugía de la Pared Abdominal (CPA), ambas conceptualmente cada vez más implicadas en los programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA); durante tan largo período, y considerando comparativamente patologías tan prevalentes como las que ocupan estos campos en relación con las que se indican en los campos de especial interés, se nos antoja que un número de 40 hernias-eventraciones y 15 colecistectomías laparoscópicas es muy escaso e insuficiente. Exigir, por ejemplo, el mismo número mínimo de eventraciones que de colectomías durante el período formativo (quince), no parece coherente en función de la prevalencia, el entrenamiento y la exigencia técnica requerida para la resolución de ambos procesos.

Finalmente, debemos recordar que la mayoría de los residentes de nuestro país se están formando en hospitales de Tercer Nivel, cuyos servicios de CGAD se han ido estructurando en las dos últimas décadas conformados como unidades específicas que tratan las citadas áreas de especial interés (CEM, CCR, CHP-T, CPA y CEG, esencialmente) como búsqueda de la excelencia en el ejercicio de la cirugía. Dado que las patologías más prevalentes son las que menos ingreso requieren (la gran parte se hace en CMA) y que las urgencias quirúrgicas se ingresan en las mismas zonas de encame que la patología electiva específica, no es admisible estructuralmente que a lo largo de 5 años los residentes estén vinculados a las salas de hospitalización sólo durante las rotaciones en los campos específicos. En los grandes hospitales, hoy día, una adecuada formación en el manejo y seguimiento del paciente operado implica el trabajo del residente, desde su primer año, implicado durante largos períodos en las unidades especializadas; por el contrario, será la formación en cirugía general (CPA y CL) la que se limite a períodos concretos de 5-7 meses y sacará al residente del ambiente diario de la sala de hospitalización. Como vemos, la realidad es prácticamente lo contrario de lo que el nuevo pro-

grama de formación de CGAD pretende establecer.

El Libro del Residente (LR)

El LR viene constituye una memoria detallada de todas las actividades que el residente desarrolla durante su período formativo y pretende recoger tanto las relacionadas con la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas como las relativas a la formación investigadora y adquisición de actitudes. Su objetivo no es otro que comprobar que los objetivos mínimos específicos recogidos en el programa docente se cumplen.

No existe un formato físico o plantilla específica diseñada del LR que permita cuantificar y recoger de una forma adecuada todas las actividades realizadas por los residentes tal y como el nuevo programa requiere. El clásico *librito amarillo y azul* que acompaña a los residentes de todas las especialidades carece de funcionalidad alguna en la nuestra. De hecho, según recoge el Real Decreto 183/2008 en su artículo 18, deberá ser la Comisión Nacional de CGAD la que diseñe la estructura básica del LR, con objeto de que se constituya, por fin, como un recurso de referencia en las evaluaciones. Sin embargo, según dicho R.D., el elemento clave de la evaluación anual del residente es el informe realizado por el tutor en función de: a) la actividad formativa, en base a las rotaciones, otras valoraciones objetivas y participación en cursos, congresos, seminarios y reuniones científicas; b) informes de evaluación de rotaciones externas, previstas ó no previstas en el programa; y, c) informes solicitados de los jefes de las distintas áreas de capacitación específicas dentro del propio Servicio de CGAD. Como vemos, el papel del LR en la evaluación es relativo y este R.D., a la hora de proponer la evaluación, no considera para nada la necesidad de llegar a los mínimos exigidos por el programa y lo deja todo en manos del tutor y del comité de evaluación.

Hasta el momento, nuestra Comisión Nacional no ha diseñado nada, y la única iniciativa ha venido por parte la Sección de Formación Postgraduada de la AEC, que ha puesto en marcha un proyecto piloto denominado *Libro Electrónico del Residente (LER)* que intenta recoger de forma telemática todas las actividades exigidas en el nuevo programa de formación que el libro debe incluir bajo el título *Estudio multicéntrico prospectivo observacional sobre la actividad quirúrgica, asistencial y científica de los residentes de CGAD en España a través del LIR*. El LER pretende facilitar la tarea de recogida de la información mediante el registro informático inmediato de todo lo que el residente va haciendo, con objeto de evitar las típicas escenas de actualización de última hora de la memoria por escrito en los días previos a la evaluación anual. Insiste, sobre todo, en lo referente al número de intervenciones según el nivel de complejidad (recogidas en el Anexo IV al nuevo programa), con objeto de analizar la realidad y así determinar unos mínimos más objetivos que puedan favorecer una homogeneización en la formación de los residentes, haciendo hincapié en las intervenciones de nivel 5; persigue, finalmente, comparar las cifras registradas entre los residentes de las distintas comunidades autónomas, de los hospitales según su nivel de asistencia y con los residentes de los demás países europeos.

Los resultados de la experiencia inicial, tras 6 meses, se han presentado en la III Reunión Nacional de Tutores de CGAD

celebrada en Madrid el 22 de Mayo de este año y han sido desalentadores. De un total de 60 centros que se comprometieron inicialmente, de todas las comunidades autónomas, sólo se han visitado por parte de los responsables de recoger los datos 16 (44 están pendientes de visitar), siendo sólo 2 los que han entregado los archivos. De la página web de la AEC se descargaron un total de 155 LIR, de los que se han solicitado 78 (77 están pendientes aún de solicitar); sólo se han entregado 16, mientras que 40 no se habían hecho, 15 no se han podido localizar y 7 no sabían ni siquiera de lo que se trataba el LER. Vemos que, aunque quedan archivos pendientes de recoger y centros por visitar, la muestra obtenida no tiene representatividad alguna y la decepción que el entorno de la AEC ha causado el bajo impacto del LER es evidente.

Nota de los autores

El diseño de este trabajo escrito se había hecho inicialmente como el análisis de un cuestionario que habíamos confeccionado con la intención de recabar las opiniones de los residentes sobre determinados aspectos que consideramos discutibles dentro del nuevo programa de formación. Dicha encuesta se repartió hasta en dos ocasiones por correo electrónico, utilizando la Vocalía de Médicos Eventuales de la ASAC y su base de datos, que en teoría recoge los datos de todos los tutores de

residentes y residentes de nuestra Comunidad Autónoma. La respuesta final fue pobre, con sólo 13 cuestionarios devueltos completados tras 3 semanas (la cumplimentación telemática del mismo no llevaba más de 5 minutos) de los cuáles 8 pertenecían al hospital de los firmantes de este trabajo. Los resultados, por tanto, carecían de valor inferencial y no eran presentables.

El porqué de esta pobre colaboración y respuesta no es motivo que nos ocupe, pero parece ser que no es un problema que únicamente se haya dado a nivel de Andalucía. Recientemente, y dentro de la III Reunión Nacional de Tutores de CGAD ya comentada, se presentó por parte de la vocal nacional de Residentes los resultados de una encuesta similar remitida a nivel nacional, de 29 preguntas y que fue remitida a un total de 400 residentes, habiendo respondido sólo 31, lo que representa un pobrísimo 7.75%. Está claro que las bases de datos de personal en formación de la AEC, que se podrían suponer mejores que la nuestra, tampoco funcionan; además, pensar que el problema sea un *mal nacional* de falta de colaboración, interés y pasotismo de los residentes en relación con esta cultura imperante del ocio, bienestar y baja asunción de responsabilidad, de la que tanto se habla, es algo a lo que nos negamos. Volveremos a insistir con la encuesta más adelante y seguro que podremos obtener una respuesta más completa y valorable.