

La formación inicial de los cirujanos generales en el Uruguay del Tercer Milenio y del Mercosur

Contenidos y Programas

Francisco A. Crestanello*

"Por inclinación, los cirujanos nos preocupamos por lo inmediato. Nuestra responsabilidad de liderazgo es elevar nuestra mirada por encima del presente, por encima de las fuerzas socioeconómicas que tratan de distraer nuestra atención y energía y concentrarnos en los problemas que nos confrontarán en el futuro."

*Edward Passaro
Departamento de Cirugía de la UCLA
American Journal of Surgery 1992 ; 163: 369*

Introducción

La formación de cirujanos es una inversión, una siembra. Sus resultados se aprecian luego de un tiempo, a veces bastante largo.

La calidad media de sus productos es uno de los factores más importantes que determinan la calidad de la Cirugía General en un momento y en un lugar.

Por ambas razones, en los medios que hoy lideran esta especialidad en el mundo, existe una intensa preocupación por este tema. Se refleja en su recurrente tratamiento en las reuniones científicas, en la abundancia de publicaciones sobre el

tema y en la existencia de comités locales que trabajan permanentemente en la solución de sus cambiantes problemas.

El doctor Carriquiry dedicó una buena parte de su reciente conferencia a la formación de cirujanos.

Vuelvo sobre este tema con varios propósitos:

- a) Insistir y profundizar sobre un problema que preocupa particularmente porque es uno de los más trascendentes que afectan a nuestra Cirugía.
- b) resaltar las razones por las que nuestro proceso de formación es completamente inadecuado para el momento y para la región.
- c) proponer algunos cambios radicales que inicien la impostergable mejora en esta situación, que pueden ser rápidos, porque están en el área de nuestra competencia, mien-

* *Profesor y Director Clínica Quirúrgica "A"*
Dirección: Fiol de Pereda 1400
CP 11800 Montevideo
Conferencia dictada en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24 de octubre de 2001.

tras en forma paralela se insiste en la instrumentación de los necesarios cambios de fondo, que es exasperadamente lenta y que no dependen directamente de nosotros.

- d) involucrar a la Sociedad de Cirugía en este problema. Tiene suficiente prestigio, antecedentes en el tema, libertad porque no está limitada por otras obligaciones y reúne en su seno a todos los cirujanos. Por ello puede asumir un rol protagónico en la identificación e instrumentación de avances en nuestro proceso de formación.

Las ideas que expondré, no son nuevas, ni originales, ni personales y se refieren especialmente a los **aspectos clínicos de la formación.**

Los condicionantes temporales, regionales y locales de la especialidad y de su ejercicio

Actualmente están en curso dos importantes procesos:

1. **el primero es el cambio constante y bastante marcado de características que, en mayor o menor grado, afecta a la Cirugía General y a su ejercicio, en casi todo el mundo.**
2. **el segundo, de carácter regional, son los procesos de integración, particularmente el del Mercosur, que a pesar de sus marchas y contramarchas, más temprano o más tarde va a permitir la libre circulación de servicios y de profesionales.**

Además **nuestro sistema asistencial está en una profunda crisis económica** y es probable que en un futuro próximo experimente modificaciones estructurales muy significativas a nivel privado, público y universitario.

Cuando desde mi perspectiva generacional, profesional, de responsable de una Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina y de miembro de esta sociedad, considero el estado actual de la formación de cirujanos generales en nuestro país,

con el telón de fondo de esos procesos y de esta crisis, reiteradamente me pregunto si estamos formando cirujanos generales:

- a. capaces de ejercer en forma actualizada y seguir los avances de la especialidad que se producirán en los 30 años que aproximadamente durará su vida profesional.
- b. con credenciales adecuadas para competir favorablemente por sus plazas laborales en la región y en el país.

La respuesta a ambas preguntas es no. Nuestra formación es real y comparativamente inadecuada; estamos formando cirujanos de segunda categoría, con baja probabilidad de alcanzar los mencionados objetivos.

Por lealtad hacia nuestros sucesores, debemos dar una respuesta adecuada y rápida a esta situación.

Me parece oportuno para esta exposición realizar un análisis comparativo de nuestra formación de cirujanos con la de algunos de los medios que lideran la especialidad en el mundo, que por razones circunstanciales conozco actualmente en forma algo más profunda, porque:

- a) facilita la identificación de nuestras carencias.
- b) esas formaciones constituyen una referencia respecto a las soluciones de problemas comunes y una sugerencia respecto a la dirección que deberíamos dar a nuestros avances, sin proponer su copia indiscriminada, porque ellos también son imperfectos y son adecuados a otras realidades.

Nuestro proceso de formación de cirujanos generales

Nuestro proceso de formación, fue aprobado por el Ministerio de Educación y Cultura el 6 de abril de 1976. Por lo tanto tiene algo más de 25 años.

Su descripción ocupa sólo dos páginas. Contiene únicamente los plazos y el tipo de activida-

des que deberían cumplirse en los tres años del programa en las Clínicas Quirúrgicas, en el Departamento de Emergencia, en otros dos Departamentos a elección del graduado (Anatomía Patológica, Anestesiología, Cuidados Intensivos, Medicina Nuclear o Radiodiagnóstico) y en el Departamento Básico de Cirugía.

El 4 de abril de 1983 se emitió el decreto-ley número 15372 de las Residencias Médicas Hospitalarias. Hacia 1988 los Profesores de Cirugía establecimos que la residencia es el único camino para acceder al certificado de Especialista en Cirugía. Por la misma época, por el bajo número de operaciones, en el Hospital Universitario redujimos el número de residentes de cada una de sus Clínicas.

La Sociedad de Cirugía se ha ocupado reiteradamente del tema y lo ha tratado en diversas formas, en especial en sus congresos. A riesgo de ser incompleto creo oportuno recordar:

- el simposio del Congreso de 1986 sobre Enseñanza de la Cirugía al Post-grado.
- el simposio Presente y Futuro de la Cirugía General en el Uruguay del Congreso de 1990, en el que las encuestas realizadas entre los cirujanos activos y en formación reflejaron las opiniones mayoritarias de entonces sobre este problema y definieron algunas metas a alcanzar.
- dos simposios ulteriores sobre este mismo tema.
- el informe de la Comisión Especial para el estudio de la Formación Inicial de Cirujanos de 1992, que fue aprobado en asamblea y publicado en nuestra revista.
- las conferencias de los doctores Joel Roslyn de EE. UU. y Michel Huguier de Francia en el Congreso de 1992.
- las mesas redondas del Congreso de la FELAC en 1993 y la del Congreso de 1995.

Muchas de éstas y de otras actividades concluyeron las etapas de diagnóstico y formularon

propuestas de cambios, que están publicadas. Pero no fueron instrumentadas y una década después, todavía descansan en la virtualidad de nuestro "país de papel".

Los contenidos de un programa de formación de cirujanos

Un programa de formación de cirujanos debe tener contenidos, esto es describir los conocimientos y habilidades que los aspirantes deben adquirir y desarrollar en el mismo.

Nuestro proceso de formación carece de una descripción de contenidos.

En consecuencia los mismos quedan librados a lo que cada Profesor y cada Clínica entienden que debe enseñar o pueden enseñar. En la práctica, si bien existe más concordancias que discrepancias en los contenidos que se enseñan en nuestros distintos sitios de formación, se observa entre los aspirantes una avidez selectiva por desarrollar las habilidades operatorias y entre los formadores una oposición a esta avidez que no es lo suficientemente enfática ni sistemática.

Existe la posibilidad de que de aquí en adelante, los contenidos puedan diferir en forma bastante considerable, de que exista una inconveniente heterogeneidad de capacitación de los productos y, lo que es peor, de que se estén enseñando contenidos inapropiados o insuficientes para los objetivos buscados.

Los contenidos de una formación actualizada de cirujanos generales, exceden ampliamente la tradicional capacitación clínica y operatoria y la observancia de los preceptos éticos de la profesión médica.

En todo el mundo, en la región y en el país, la Cirugía y los escenarios de su ejercicio, están siendo sacudidos por una serie de fenómenos relevantes que son tenidos muy en cuenta por los programas de formación actualizados, para que sus productos puedan actuar adecuadamente en esos nuevos escenarios.

Los fenómenos más significativos son:

- a) La fuerte discusión sobre la pertinencia de conservar la Cirugía General como forma de ejercicio, opuesta al creciente desarrollo de sub-especialidades. Predominan las opiniones favorables a conservarla, como un núcleo básico de conocimiento que da soporte a todas las formas de Cirugía y como una forma de ejercicio necesaria para los niveles de complejidad asistencial menores e intermedios.
- b) El crecimiento exponencial y las constantes modificaciones del alcance de la Cirugía General, de su ciencia, de su fundamento biológico, de las características de su realización, de su metodología, de su investigación y de su ética. El nuevo paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia sustituyó a la medicina basada en la autoridad o en la experiencia. Hoy día no alcanza con saber diagnosticar y operar correctamente; cada vez es más necesario justificar ante pacientes y autoridades las decisiones asistenciales en el conocimiento probado.
- c) La reducción de las oportunidades de formación en las habilidades operatorias en Cirugía, como consecuencia de un mal entendido respeto por los derechos de los pacientes, de limitaciones impuestas por las empresas que financian la asistencia y del aumento de la cirugía ambulatoria. Esto ha incrementado el desarrollo de simuladores, que aún son escasos, imperfectos y caros.
- d) La creciente feminización de la población médica que afecta también a la Cirugía y que cambió el arquetipo tradicional del cirujano.
- e) Las expectativas a veces infundadas de los pacientes sobre las posibilidades de la Cirugía. La consulta se va transformando progresivamente en una negociación que termina en una suerte de contrato, el consentimiento informado.
- f) Los cambios en la financiación de la costosa asistencia, que en muchos aspectos ha pasado a ser una industria con fines de lucro. No pocas veces, a través de la "racionalización de los costos", intermedia inadecuadamente en la relación cirujano-paciente. Se ha señalado que el ingente producto económico de esta industria no se invierte en educación ni en investigación, por lo que en el futuro cercano se predice una "hambruna" médica.
- g) Las dificultades financieras de los hospitales universitarios, que tienen costos operativos más elevados y que aún en los países económicamente más desarrollados han comenzado a estar en situación desventajosa respecto a los hospitales puramente asistenciales.
- h) El manejo por parte de terceros de muchos aspectos, descuidados por los cirujanos, con gradual erosión de la autonomía, la autoridad, el prestigio profesional y muchas veces del cuidado de los pacientes. En el mismo orden de factores, la creciente tendencia de los gobiernos a la regulación de las actividades asistenciales.
- i) El aumento inquietante de las reclamaciones por insatisfacción, aunque felizmente muy pocas concluyen demostrando mala práctica.

La convergencia de muchos de estos factores genera un acoso social a los cirujanos generales, que disminuye sustancialmente el atractivo por esta especialidad como vocación profesional definitiva.

Recientemente en una conferencia presidencial de la Asociación Quirúrgica de la Costa del Pacífico publicada en Archives of Surgery, Mac Farlane, cirujano universitario canadiense, enumera siete características actuales del cirujano moderno como profesional, que en su opinión deberían desarrollar los programas de formación:

- 1) Especialista médico, que se refiere al contenido tradicional clínico y operatorio de los programas de formación.
- 2) Comunicador, en el sentido de ser capaz de recibir y transmitir adecuadamente la información, tanto en la consulta como en la confección de la historia clínica, en los ateneos y en los contactos con pares, otros profesionales, administradores, familiares, la sociedad y la academia.
- 3) Colaborador como integrante de equipos de salud.
- 4) Gerente o administrador, para elegir individualmente las opciones más eficientes y para relacionarse adecuadamente con los distintos tipos de pagantes.
- 5) Promotor de salud involucrado en los programas de promoción y prevención.
- 6) Estudiante para mantener permanentemente actualizada su base de conocimiento.
- 7) Profesional capaz de brindar con integridad, honestidad y compasión los cuidados de la más alta calidad, de comportarse en forma adecuada individualmente y en la interrelación con otros profesionales y de mantenerse dentro del marco ético médico.

El Programa de Formación

Un programa es una descripción anticipada y pública de algo que se propone hacer en cierta materia u ocasión.

Un programa de formación de cirujanos es la descripción de la secuencia y las herramientas con que se incorporan los contenidos a lo largo del proceso de formación.

Nuestro proceso de formación clínica y operatoria carece de tal descripción.

Por eso no es un programa sino un proceso, esto es un fenómeno con fases sucesivas.

Pertenece al tipo de **procesos de capacitación informales o al azar o no estructurados,**

en los que los aspirantes se capacitan en las tareas clínicas y en la realización operatoria, integrándose regularmente a los equipos asistenciales de los lugares de formación, sometiéndose a la resolución de casos en el orden aleatorio en que se presentan.

En otros medios estos programas son la consecuencia de la alta carga horaria de trabajo asistencial, que no deja otra cosa para hacer más que asistir. En nuestras clínicas universitarias es una consecuencia de las dificultades operativas y de la pesada carga docente de pre-grado, que predisponen a descuidar la enseñanza sistematizada del postgrado.

Es difícil que los procesos de este tipo funcionen adecuadamente. Necesitan una alta capacitación en las técnicas de autoaprendizaje y un sistema de evaluación objetiva de los avances en la formación.

El análisis de la experiencia con ellos, ha mostrado que mayoritariamente tienen los siguientes riesgos:

- a) mayor heterogeneidad en las oportunidades de formación.
- b) falta de una razonable progresividad en la complejidad de los contenidos que se incorporan.
- c) adquisición incompleta de contenidos.
- d) adquisición de contenidos incorrectos en forma incorrecta.
- e) adquisición desequilibrada de contenidos, con frecuente privilegio de las habilidades clínicas y operatorias frente a los otros.
- f) insuficiente supervisión del avance en la formación.
- g) evaluación no objetiva

En suma, estos procesos tienen considerables riesgos de aprendizaje no controlado y de formación inadecuada que **coseche operadores pero no cirujanos.**

A este tipo de procesos se oponen los **procesos de capacitación formales o estructurados,**

que son los **verdaderos programas de formación**.

Se caracterizan por una **incorporación de todos los contenidos elegidos** según una **secuencia racional y planificada**, que va **de los más simples a los más complejos**, mientras **en forma paralela se asumen progresivamente mayores responsabilidades asistenciales**, todo ello bajo la permanente supervisión y la responsabilidad del cirujano tratante.

Sus componentes clínicos se incorporan en un sistema de rotaciones, que evita la disponibilidad aleatoria de casos.

Asignan un tiempo proporcionalmente muy importante para:

- el estudio de la ciencia quirúrgica,
- la incorporación de los contenidos no clínicos
- la preparación y realización de controles.
- realizar investigación básica, a la que se le asigna una gran importancia en los programas académicos. Ocupa entre un 16% y un 37% de la duración total del programa y se realiza en años especiales diferentes a los años clínicos.

Con algunas variaciones menores, los programas de formación de cirujanos generales en EE UU y Canadá comparten los siguientes objetivos generales para cada uno de sus años:

Primer año:

- aprender el diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas generales fuera del estado crítico y su manejo pre y post-operatorio.
- familiarizarse con la realización de los componentes básicos de las operaciones quirúrgicas (abordajes y cierres) y con la realización de las operaciones usuales de cirugía general más sencillas.
- aprender las indicaciones, la colocación y el manejo de todos los numerosos tipos de catéteres que se emplean en Cirugía.

Segundo año:

- aprender el manejo del paciente crítico.
- aumentar el caudal y la complejidad de conocimientos clínicos y habilidades operatorias.

Para iniciarse en la adquisición de los contenidos de las sub-especialidades quirúrgicas, durante el primer y segundo año, los residentes hacen breves rotaciones programadas por los servicios de urología, cirugía plástica, ortopedia, cirugía vascular, cirugía torácica, cirugía pediátrica, trauma, etc.

En la mayoría de los programas no existen rotaciones específicas por ginecología y la familiarización con ella y con anestesia, por lo general se produce en la interacción clínica cotidiana.

Tercero y cuarto años:

- desarrollar aún más el juicio clínico
- participar con mayor responsabilidad e independencia, bajo supervisión adecuada, en las actividades clínicas quirúrgicas realizando en forma personal operaciones cada vez más sofisticadas incluyendo transplantes.

Quinto año:

- tiene objetivos semejantes a los dos anteriores, con la máxima responsabilidad clínica y operatoria, familiarizándose con el manejo de los problemas clínicos complejos usualmente tratados en los hospitales de referencia (politraumatizados, sepsis, quemados, etc.), a los que se le agrega el desarrollo de aptitudes docentes y de liderazgo como jefe de residentes.

Los programas exigen una alta carga horaria semanal (98 horas), una guardia interna cada tres días, una **dedicación exclusiva** y una **disponibilidad permanente**. Hay apelaciones para "humanizar" esta altísima exigencia horaria.

A cambio de ello aseguran 1500 procedimientos en los 5 años, de los que 500 a 1000 son opera-

ciones mayores o altas y, por lo menos, 150 de ellas deben ser hechas en el último año.

Cada año todos los residentes se someten a un mismo examen de opción múltiple, específico para cada año del programa.

Unos meses después de terminado exitosamente el programa, los residentes deben someterse al examen del American Board of Surgery, consistente en una prueba de opción múltiple y, un tiempo después, en una prueba clínica frente a un tribunal de notables. Si pasan con aprobación este examen, recién están habilitados por un período para ejercer la Cirugía.

En Francia los programas están algo menos estructurados pero desde la reforma de 1992 comparten muchos puntos básicos: duración, exclusividad, importancia de los contenidos, importancia de la investigación.

Propuestas

Las características demográficas, epidemiológicas y laborales de nuestro país y de la región, hacen necesario conservar la Cirugía General y fortalecer sus programas de formación.

En nuestro país necesitamos avances de nuestro proceso de formación de cirujanos generales, que deberían ser definidos, aceptados y seguidos colectivamente por todos los que intervienen en la formación.

Quisiera señalar algunos puntos que me parecen importantes, coherentes y realizables rápidamente porque están dentro de nuestra competencia. En muchos casos se podrían lograr con cambios de organización relativamente simples y serían avances significativos.

1. Nuestro proceso de formación, actualmente sin descripción de contenidos ni de programa, es impresentable.

Se deberían describir los contenidos a enseñar y la secuencia de incorporación en cada uno de sus años. Esto debe hacerse en forma rápida, porque no hay mucho más tiempo

Esta descripción debería ajustarse a la concepción moderna de un cirujano general y a las necesidades derivadas de las características del país y la región, actuales y previsibles en un período de diez años, en los aspectos epidemiológicos, demográficos, laborales y de organización asistencial.

Como señalan los programas de formación más elaborados, se debería enfatizar además:

- a) la capacitación para evaluar en forma crítica los cambios que se van a producir en el futuro, para incorporar selectivamente sólo los que posean la significación de avances. En una palabra mientras se informa sobre los conocimientos actuales, de manera simultánea y tan importante como lo anterior, formar para asumir adecuadamente la Cirugía del futuro.
- b) la **formación ética**, ya que los cambios por venir pueden violar las normas tradicionales de la ética médica. Muchos creen que en esta época, en la que los diez mandamientos son para muchos simples sugerencias, la sólida formación ética es la única garantía de buen ejercicio profesional en el futuro.

Esta descripción del programa nos permitiría:

- a) tener los contenidos y el programa de formación comunes que tanto se necesitan.
- b) realizar las comparaciones y armonizaciones con los demás programas regionales de formación y
- c) aumentar la probabilidad de buen ejercicio profesional y de inserción laboral de nuestros egresados.

Esta descripción de contenidos y de programa no necesita ser demasiado precisa. En los programas de los medios de referencia, son genéricas y conceptuales; enumeran objetivos generales o, a veces, intermedios, pero casi nunca objetivos específicos. Podría realizarse fácilmente actualizando el proyecto de nuestra sociedad de 1992.

2. El proceso de elección de la especialidad, que actualmente sólo se basa en una prueba teórica que evalúa conocimientos clínico terapéuticos que los aspirantes recién deberían poseer al final del programa, **debería transformarse en un proceso de selección de los mejores aspirantes,** que incluyera;

- una evaluación de conocimientos básicos necesarios para aprender la cirugía.
- una evaluación de las manifestaciones de vocación quirúrgica en el pre-grado.
- una valoración de la vocación y de las aptitudes para desarrollar la actividad quirúrgica a través de una entrevista personal.

La selección final debería hacerse por la evaluación de estos tres aspectos y su resultado podría ser:

- aceptado para todo el programa
- aceptado por un plazo limitado, condicionando su continuación a determinados avances
- rechazado.

3. La duración del programa debería revisarse.

¿Es posible incorporar los numerosos contenidos necesarios, con un currículo de tres años como residentes, con una carga horaria semanal de 40 horas, en hospitales, en el mejor de los casos de media jornada de funcionamiento a pleno?

La respuesta es no.

La encuesta de 1990 mostró que el 80% de los cirujanos en formación que respondieron (un 74% del total de cirujanos en formación de aquel momento) estaba de acuerdo en extender la duración del programa de formación a 5 años. En este año la Comisión Nacional de Residencias luego de consultar a todos los profesores propuso al Consejo de la Facultad extenderlo a 4 años.

4. Deberían aumentarse la disponibilidad de casos para el entrenamiento clínico y operatorio.

Si bien la cantidad no es sinónimo de calidad, sin una cantidad mínima de realización personal supervisada de operaciones, no puede lograrse una capacitación adecuada en la realización de las técnicas operatorias

Nuestra realidad muestra:

- a) escasas oportunidades de desarrollo de las habilidades clínicas y operatorias en los servicios de formación.

Si los 20 residentes de la Clínica Quirúrgica "A" en catorce años y medio de actividad asistencial hubieran realizado las 4.680 operaciones efectuadas en ese período, cada uno, en todo su proceso de formación hubiera operado solamente 234 pacientes, una sexta parte de lo que asegura el programa de Estados Unidos.

- b) que el mayor caudal de operaciones está fuera de los servicios de formación y en forma orgánica desaprovechado para ella. El complemento de la formación a través de ayudantías no organizadas, es aleatorio y por lo tanto es heterogéneo y puede ser inadecuado

Los mecanismos posibles de incremento del número de casos, son dos, que no se oponen:

4.1. Sistema de rotaciones.

Se emplea con evaluación favorable en otros medios.

Nuestros lugares de formación tienen características y áreas temáticas de interés diferentes. En algunos hospitales se están definiendo áreas de sub-especialización.

El sistema de rotaciones permitiría:

- homogeneizar la formación
- incorporar los contenidos específicos de cada área con los que mejor conocen los temas.
- asegurar un caudal mayor de casos.
- Aprender con los equipos más experimentados que centralizan cierto tipo de patologías.

Podría destinarse una parte del programa, por ejemplo su mitad inicial, a la formación en cirugía general entendida como el núcleo básico de conocimientos que soporta la disciplina y la parte restante a las rotaciones planificadas por las áreas de sub-especialización: digestivo alto, digestivo bajo, hepato-bilio-pancreática, mastológica, vascular periférica, torácica no cardíaca, etc. Este sistema desdibuja un poco la pertenencia del aspirante a un determinado servicio, pero asegura que, asistidos por quienes tienen la mayor capacitación en cada área, va a participar en la asistencia de todos los casos de esa área que se traten en ese hospital en el período de la rotación.

4.2. Incorporar en forma organizada los servicios de cirugía no universitarios a la formación de cirujanos, con un sistema de tutores o mentores (que podrían ser los mismos docentes en su actividad mutual), lo que permitiría:

- aumentar el número de casos
- conciliar la asistencia pragmática que se desarrolla bajo el "agobiodel mutualismo", con la asistencia de fundamento académico que se practica en la mayoría de los servicios de formación.
- organizar las "tardes asistenciales" de los graduados.
- y, tal vez, organizar su carrera laboral institucional.

Una modificación del decreto-ley de las Residencias Médicas Hospitalarias permite la extensión de este sistema a la actividad privada.

Es de estricta justicia que las instituciones asistenciales, que exigen y utilizan recursos profesionales de calidad, compartan parte del peso y los costos de su formación, lo que actualmente no hacen.

Tendría ventajas para ellas:

- ganarían prestigio

- mejorarían la calidad de sus prestaciones porque está demostrado que la incorporación de la docencia eleva la calidad asistencial.

5. Debería organizarse mucho mejor y más homogéneamente la formación en cirugía de urgencia.

En nuestro programa esta formación es demasiado aleatoria, no está sistematizada y se realiza de diferente manera en los distintos hospitales. La mejora de esta capacitación es muy importante porque en nuestro medio, si bien las actividades asistenciales quirúrgicas se cumplen cada vez más en el seno de equipos, de todos modos la urgencia es la primera actividad laboral y en la práctica aún implica el riesgo de tener que tomar en soledad y rápidamente decisiones que son muy trascendentes y que por lo tanto deben ser correctas.

6. El programa debería incluir obligatoriamente una actividad de investigación clínica o básica,

de duración razonable, no tanto para crear conocimientos sino como herramienta para incorporar contenidos metodológicos y desarrollar la referida actitud crítica frente a los cambios.

7. El gobierno del programa debería ganar ejecutividad.

Actualmente en los diversos aspectos del gobierno del programa de residentes participan la Comisión Nacional de Residencias, la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados, las Comisiones hospitalarias, los Jefes de Residentes y las Clínicas.

Hay superposición y sobre todo vacíos de competencias y las decisiones importantes demoran o no se toman.

La Sociedad de Cirugía que agrupa a todos los productos del programa y que ha mostrado la preocupación más coherente y prolongada por este problema, debería tener un mayor protagonismo en los cambios y una participación real en el gobierno del programa.

Con las ideas expuestas se puede coincidir o discrepar; eso no importa. Lo que realmente im-

porta es que junto con otras voces contribuyan a provocar en el seno de nuestra Sociedad una nueva discusión de este problema, una definición de objetivos y de metas y con ellos la Sociedad con

su peso, promueva la instrumentación de los avances que no pueden demorar más y que los otros protagonistas potenciales de los cambios no parecen percibir como urgentes.