

ACTAS DE LA

ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 293.917

Sexagésimo Quinto
Congreso Argentino de Cirugía

Trigésimo Octavo Congreso Argentino
de Cirugía Torácica

Décimo Noveno Congreso Argentino
de Coloproctología

Octavo Congreso Argentino
de Angiología y Cirugía Cardiovascular

Buenos Aires, 1994

Publicado bajo la dirección del
COMITE DE PUBLICACIONES DE LA
ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA
Marcelo T. de Alvear 2415
(1122) BUENOS AIRES

CONTENIDO

AÑO 1994

NUMERO EXTRAORDINARIO

Relato Oficial

Futuro del Cirujano General y de los Servicios de Cirugía

RELATOR: *Dr. Juan J. Moirano* MAAC

Indice

Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía

Prologo.....	1
I. Introduccion.....	3
II. La cirugía general, su evolucion historica y su estado actual.....	5
III. La formacion del cirujano general actual.....	18
IV. El cirujano general actual.....	21
V. Los servicios de cirugía.....	28
VI. Los adelantos científicos y tecnologicos.....	35
VII. El futuro del cirujano general.....	39
7.1. De las especialidades en medicina y en cirugía en particular.....	39
7.2. De la formación del cirujano en el pregrado.....	44
7.3. De la formación del cirujano en el postgrado.....	45
7.4. Del ejercicio profesional del cirujano general.....	48
7.4.1. De las incumbencias áreas de acción del cirujano general.....	48
7.4.2. Del marco normativo del ejercicio profesional.....	53
7.4.3. Del marco bioético del ejercicio profesional.....	55
7.4.4. De las condiciones de trabajo y formas de remuneración.....	56
7.4.5. De su actualización en el ejercicio profesional.....	59
VIII. El futuro de los servicios de cirugía.....	60
8.1. De los aspectos organizativos, administrativos y de producción.....	60
8.2. De los aspectos educativos.....	62
8.3. De la acreditación de los servicios.....	63
IX. Conclusiones.....	63
X. Epílogo.....	64
XI. Bibliografía.....	65

El futuro del cirujano General y de los Servicios de Cirugía

RELATOR: *Dr. Juan J. Moirano * MAAC*

PROLOGO

Es inevitable que las primeras palabras, sean la más acabada expresión del agradecimiento que me embarga, ante la distinción de que he sido objeto, al seleccionarme entre muchísimos distinguidos colegas, para ocupar el cargo de mayor honor a que puede aspirar un cirujano argentino, en el curso del mayor y más prestigioso congreso de la especialidad.

Interpreto que en esa toma de decisión, tuvo decidido influencia la entrañable amistad entablada con mis compañeros, que me deparara los largos años de actividad que tuve el privilegio de gozar, en mi condición de miembro electo de la Comisión Directiva, así como mi procedencia de la escuela quirúrgica del Prof. Federico Christmann, de mi querida ciudad de la Plata, la que fuera distinguida a través de los años con designaciones similares, como la del referido Maestro en primer término, Santiago Gorostiaque, Kelvin Herrero Ducloux, Arturo Wilks, Jorge Deschamps y Frutos Ortiz. Muchas de mis expresiones y conceptos aquí vertidos, son producto del venturoso azar que me permitiera convivir mis veintisiete años de ejercicio profesional, bajo el consejo, la tutela y el modelo de estos maestros.

Tampoco puedo silenciar que el tema elegido, me sorprendió con gran preocupación en un primer momento y solo luego de pacientes reflexiones, y medulosas consultas, resolví aceptarlo. Sin embargo a medida que trabajé en el mismo, fui comprendiendo su importancia y trascendencia y el por qué de su elección mayoritaria, en una asamblea numerosa, no obstante que en ese momento, yo mismo le negué el apoyo.

Es preciso también relatarles, que una fina ironía del destino, que de haberla conocido, me hubiera hecho desistir irrenunciablemente al empeño, me deparó en los meses inmediatos a mi aceptación, un conjunto de situaciones personales tan graves como inesperadas, que podrían inter-

pretarse como una grave admonición, a quien intente ocuparse o predecir sobre los hechos futuros; justamente mi tarea comprometida.

Debido a ello es que considero un deber de conciencia y de gratitud, hacer saber a Uds. que este trabajo, con sus bondades y defectos, fue posible gracias a la existencia de quienes permitieron denominarlos, mis correlatores.

Son ellos mis distinguidos colegas y entrañables amigos los Dres: Domingo Negri, Néstor Gorostiaque, Ramón Posadas, Horacio Rumbo, Rafael Rodríguez, Eduardo de Santibaños, Enrique Beveraggi, Juan Carlos De Paula y Horacio González. Ellos no participaron en la redacción de punto alguno de este relato, pero me brindaron su ciencia y su asistencia, efectuándome cinco laparotomías en los últimos ocho meses, debido a una particularísima patología, que esas ironías del destino me tenían reservada para ese mismo futuro, que yo impertinentemente me había propuesto predecir. Mi infinito agradecimiento hacia ellos, pues no solo hicieron factible la ejecución de este trabajo, a pesar de las circunstancias, sino además, que yo hoy pertenezca al mundo de los vivos.

La inevitable antelación que media entre esta escritura, su edición, la fecha de su lectura el próximo 20 de septiembre y mi condición física actual, hacen imposible predecir si ello me será posible. En tanto prepararé cuidadosamente el resumen necesario para circunscribirlo a 45 minutos de exposición. Os garantizo que mi entrega será total, pero como todo lo futuro, el resultado será el producto además de las circunstancias, especialmente patológicas y terapéuticas. Si me fuera imposible, seguramente alguien me suplantarán en la tarea. En ese caso asumiré con resignación mi destino y la paz reinará en mi conciencia, por haber puesto todo de mí, en el cumplimiento de la tarea encomendada.

Es un deber asimismo agradecer a todos, los que de una u otra manera colaboraron en la obtención de los datos que sustentan las conclusiones, a los consocios que con premura y diligencia respondieron las numerosas encuestas, al

personal de la Asociación Argentina de Cirugía, que me facilitó y brindó todo el apoyo y la información existente y a la licenciada María Inés Urrutia, del Centro de Estudios y Procesamiento de Datos de la Universidad Nacional de La Plata, quien procesó la información y efectuó su análisis estadístico.

Por último a mi familia, mi esposa y mis cuatro queridos hijos, Juan, Jorge, Ana y Patricia, que soportaron

conjuntamente con la tradicional irascibilidad de la condición de un relator y las particulares de mi personalidad, las vicisitudes de una enfermedad, que en varias oportunidades, amenazó hasta el límite mi existencia.

A todos, infinitas gracias y aún a pesar de todo, al destino que me tocó en suerte, por tener la dicha y el honor de haber escrito este relato.

1 - INTRODUCCION

Es realmente particular, exponer la introducción a este Relato, ya que es habitual que en este capítulo de cualquier trabajo científico, el autor exprese las motivaciones que le indujeron a él o a quienes seleccionaron el tema, para optar por el mismo y a explicar de manera genérica la metodología y los objetivos que se ha fijado.

Y es particular, porque en este caso, el autor debe interpretar e imaginar, las razones que llevaron a los distinguidos consocios a optar por el tema, es decir lo que podríamos llamar el significado y la etiología del relato.

Ante todo, se debe aceptar, que por el solo hecho de elegirlo en Asamblea, constituye como en todos los casos, un aspecto preocupante y problemático para los cirujanos. Pero a diferencia de todos los otros, o aceptemos de casi todos los relatos, no se refiere ni a una enfermedad, ni a una táctica o técnica quirúrgica, ni a los enfermos, ni a la enseñanza aprendizaje de la disciplina, ni a sus normas, reglas o ambiente de trabajo, ni a las normas éticas, morales o legales de la profesión, sino a la esencia propia de los cirujanos mismos y específicamente a su futuro.

Ni siquiera a los futuros cirujanos, sino al futuro de nosotros mismos y de los servicios de cirugía. El tema en sí, es algo que no existe, la única certeza es que ocurrirá.

Desde ese punto de vista, debe acordarse que es absolutamente original y puede decirse que doblemente original. Primero, porque nunca había sido tratado como tal, en los 65 años de congresos de nuestra Asociación. Segundo, porque el problema debe ser tan antiguo como los cirujanos mismos y recién ahora se manifiesta en un relato.

Ello puede interpretarse como un signo evidente, de una de las características salientes de nuestra era, el cambio y la inestabilidad permanente o sea la época de crisis que

ahora impacta muy hondo, en la cirugía y los cirujanos.

Sin embargo, analizado desde una óptica más general el conocimiento del futuro como problemática del hombre, es un tema tan antiguo como el hombre mismo y es difícil desvincular el ingente esfuerzo humano por analizar el pasado y el presente, sin relacionarlo casi ineludiblemente, a su desesperada vocación, por conocer o predecir el porvenir.

Prueba de ello son las innumerables acciones y prácticas humanas relacionadas con la magia y el chamanismo tan confundidas con la historia misma del hombre y la medicina.

Pero mucho más notable, la persistencia en la mismísima actualidad, en plena puerta del siglo XXI y en presencia de logros científicos y tecnológicos que han superado la capacidad de asombro e imaginación de la humanidad, de profundas actividades y publicaciones referidas a la futurología, totalmente reñidas o exentas de racionalidad o metodología científica.

Descartado por razones obvias, todo intento de encarar el problema por la vía antedicha, queda solo el camino del razonamiento y el método científico.

Sin embargo, a poco de reflexionar sobre el tema, se cae fácilmente en la cuenta, que se corre el grave peligro, de exponer solamente una opinión del autor, cargada del subjetivismo que todas ellas llevan implícito.

Por ello el camino elegido, fue investigar el pasado y sobre todo el presente, como fuente de datos objetivos que permitan con algún fundamento predecir el porvenir.

Quizás la parte más sencilla fue investigar el pasado, pues allí se muestra de manera clara, qué era o qué fue un cirujano general.

El estudio del presente es mucho más problemático,

porque a poco de reflexionar sobre qué es actualmente un cirujano general, surgen serias dudas y divergencias de opiniones, y no obstante la profusa bibliografía y normatizaciones sobre el tema, se llega pronto a la conclusión, de que en ninguna parte está establecido o siquiera esbozado con propiedad, lo que en realidad somos y ejercemos la mayoría de nosotros, cirujanos generales argentinos.

Por ello, la única solución racional hallada fue interrogar a los cirujanos generales, a las entidades que los agrupan, a las entidades que agrupan a los cirujanos especializados; investigar qué hacen en realidad, es decir qué operan los aspirantes a ingresantes a la especialidad; recorrer cuáles son las intervenciones que efectúan los residentes en cirugía general, explorar qué intervenciones se efectúan hoy en los servicios donde trabajan los cirujanos generales; indagar qué aprenden de cirugía los estudiantes de medicina y cuáles son los programas de enseñanza de los residentes; establecer cuáles son sus actuales formas de trabajo y remuneración; describir las normas de ejercicio profesional, sus sistemas de previsión por las posibles demandas por responsabilidad profesional, etc. Es decir, que gran parte del esfuerzo metodológico fue destinado a conocer al cirujano general, ya que ello no es tarea nada fácil y se consideró paso previo indispensable, para abordar con alguna probabilidad, el verdadero tema del relato, que es su futuro.

Sin embargo, debe prevenirse al lector y quizás desencantar a quien busque en estas páginas la respuesta de un oráculo, que la premisa del autor al emprender la tarea, fue reconocer que el futuro es una consecuencia de los hechos pasados, las circunstancias presentes, las desconocidas, que nos deparará el porvenir y la férrea voluntad que el hombre ponga para forjarlo, o lo que es lo mismo, aquel que se fije como meta.

En otras palabras, ninguna acción del presente nos va a deparar con certeza la ocurrencia de un hecho futuro, sólo aumentará su probabilidad; pero al contrario, es factible que una acción del presente deparé casi con certeza, la no ocurrencia de un hecho en el porvenir.

Si marchamos en tal sentido, puede ser que arribemos a la meta; si lo hacemos en sentido contrario, es casi una certeza que no la alcanzaremos.

Y aquí está la razón de ser que ilumina este trabajo y que seguramente iluminó a sus investigadores: seleccionar las acciones del presente y fortalecer la férrea voluntad que nos conduzcan con mayor probabilidad al futuro deseado.

El tratamiento o investigación del futuro, deberá aceptar la limitante de su imprevisibilidad misma, salvo permitirse ingresar al terreno de la adivinanza.

Pero además, la condición de que ese futuro sea algo deseado, ya que si tuviéramos certeza que el futuro solo dependerá, de factores impredecibles, entonces no merece pensar en él, esta tarea no tendría sentido, solo bastaría orar y soportarlo.

Sentadas estas limitantes metodológicas, aún restan establecer precisiones sobre nuestro tema.

El futuro (ahora deseado) del cirujano general, puede ser subdividido en múltiples facetas que hacen a su ejercicio tales como su formación, su perfeccionamiento, su ámbito de trabajo, en nivel de remuneración, su responsabilidad profesional, su marco bioético, su inserción social, etc., etc., y sólo habremos aharcado un solo punto de vista del mismo o una sola arista de reflexión, la de observarlo o analizarlo desde sí mismos, o desde nosotros mismos. Cabe también hacerlo desde afuera de nosotros. Por ejemplo y ante todo, desde los pacientes; o también desde los individuos sanos o desde los padres o desde los hijos, o desde la sociedad toda, o desde los prepagos o desde las obras sociales.

Nada de esto fue definido previamente en la tarea. Las largas horas de reflexión que la responsabilidad del relato implica, han martillado mi conciencia. Mi tiempo, mi capacidad y vuestra paciencia serán las limitantes más severas.

Yo elegí por Uds. entre todas estas y otras muchas cosas. Sólo he de prevenir que al momento de establecer los fines, las finalidades o las ultimidades de ese futuro deseado, tuve como guía esa maravillosa síntesis de E. Hemingway, que define a un buen médico o sea a un buen cirujano o sea a un futuro deseable y que he comprobado a diario en mi cuarto de siglo de ejercicio profesional y que dice: "Es bien fácil ser un buen médico, basta con olvidarse de ser uno mismo".

En otras palabras, el futuro del cirujano general, no deberá ser solo el que a nosotros convenga, debe depender también de lo que convenga a los demás.

La metodología utilizada abarcó la implementación de encuestas a todos los miembros de la Asociación Argentina de Cirugía en particular, a los servicios de cirugía, a las sociedades de cirugía del interior del país, a las sociedades de cirugía de las especialidades quirúrgicas y a las Facultades de Medicina de la Argentina.

Se extrajo información sobre residencias médicas, de la documentación existente en la Asociación, en la Comisión Respectiva.

Se obtuvo información sobre tipo y frecuencia de intervenciones de alguna institución en particular y otra de índole gremial, como la Agrupación Médica Platense. Se requirió al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y las respectivas entidades provinciales y nacionales, los aspectos normativos que rigen hoy el ejercicio profesional. Se revisó la bibliografía nacional y extranjera al respecto.

En el análisis estadístico de los datos, se aplicó el "test de diferencia de proporciones" tomando como límite de significación $p=0.05$.

II - LA CIRUGIA GENERAL, SU EVOLUCION HISTORICA Y SU ESTADO ACTUAL

El término Cirugía General existe desde hace más de 100 años en la literatura. Erichsen en 1854 estableció en su libro sobre la materia, que la cirugía ocular estaba excluida del mismo, iniciando probablemente la subdivisión de la cirugía.

En Alemania se desprendió Oftalmología en 1864, Ginecología en 1882, Otorrinolaringología en 1896, Máxilo facial en 1906 y Ortopedia en 1919.

En EE.UU. el primer Year Book sobre Cirugía General se publicó en 1904. El American Board of Surgery fue fundado en 1937 y aun así se denomina. Sin embargo recién comenzó a utilizar el término cirugía general entre paréntesis, en su material de información a partir de 1980. En los EE.UU. la cronología de la creación de las especialidades quirúrgicas, de acuerdo a la creación de los Boards o sea los Consejos de Especialidades, es la siguiente:

1917	Oftalmología
1924	Otorrinolaringología
1930	Obstetricia y ginecología
1934	Ortopedia
1935	Coloproctología
1937	Cirugía
1939	Plástica
1940	Neurocirugía
1950	Torácica

A partir de entonces el American Board of Surgery³⁵ ha instituido los certificados de "calificaciones especiales" o "Suma de calificaciones" a la certificación en Cirugía en las siguientes áreas:

1972	Pediátrica
1981	Vascular
1984	Cuidados críticos
1986	De la mano

En nuestro país el reconocimiento oficial de las especialidades y de la cirugía general en particular no es fácil de definir, en razón de que ello es potestad de cada provincia, además del gobierno nacional en la Capital Federal y los territorios nacionales.

A nivel nacional sabemos con certeza que es a partir de la Resolución Ministerial 4.801 del 5 de diciembre de 1978 que se otorga idoneidad a la Asociación Argentina de Cirugía para otorgar títulos de especialista en Cirugía y a partir de la disposición 6.038 del 18 de setiembre de 1987 se la amplía para otorgar certificados de especialista en Cirugía General, Cirugía torácica y cardiovascular, Cirugía Infantil y Cirugía de Cabeza y Cuello.

En la provincia de Buenos Aires los certificados de especialista son otorgados por el Colegio de Médicos instituido por decreto-key provincial de 1958 y cuya prime-

CUADRO 1

Evolución histórica de la nómina de especialidades quirúrgicas del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires

1975	1978	1982	1983	1988	1993
Cirugía general	Cirugía general	Clínica quirúrgica	Clínica quirúrgica	Clínica quirúrgica	Clínica quirúrgica
Cirugía plástica	Cirugía plástica	Cirugía reparadora	Cirugía reparadora	Cirugía plástica y reparadora	Cirugía plástica y reparadora
Cirugía infantil	Cirugía infantil	Cirugía pediátrica	Cirugía pediátrica	Cirugía pediátrica	Cirugía pediátrica
Cirugía del tórax	Cirugía del tórax	Cirugía del tórax	Cirugía del tórax	Cirugía del tórax	Cirugía del tórax
Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular
Cirugía vascular	Cirugía vascular	Cirugía vascular	Cirugía vascular	Cirugía vascular	Cirugía vascular
Proctología	Proctología	Cirugía proctocológica	Cirugía gastroenterológica	Cirugía gastroenterológica	Cirugía gastroenterológica
				Cirugía coloproctológica	Cirugía coloproctológica
				Cirugía cabeza y cuello	Cirugía cabeza y cuello
Urología	Urología	Urología	Urología	Urología	Urología
Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología
Neurocirugía	Neurocirugía	Neurocirugía	Neurocirugía	Neurocirugía	Neurocirugía
Ginecología	Ginecología	Ginecología	Ginecología	(se suprimió de las esp. quirúrgicas)	
Obstetricia	Obstetricia	Obstetricia	Obstetricia	(se suprimió de las esp. quirúrgicas)	

CUADRO 2
Especialidades Quirúrgicas por Provincia y Capital Federal

	Bs. As.	Capital	Córdoba	La Pampa	Mendoza	Misiones	Neuquén
1-Cirugía general	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
2-Cardiovascular*	sí	sí	-	sí	sí	sí	sí
3-Cardioy. ped.	sí	-	-	-	-	-	-
4-Cabeza cuello	sí	sí	-	sí	sí	-	-
5-Flebología	-	-	-	-	sí	-	-
6-Gastroenterología	sí	-	-	-	-	-	-
7-Oncológica	-	-	-	-	sí	sí	sí
8-Plástica	sí	sí	-	sí	sí	sí	sí
9-Pediátrica	sí	sí	-	-	sí	sí	sí
10-Proctología	sí	-	-	-	-	sí	-
11-Quemado	-	-	-	-	sí	-	-
12-Torácica	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
13-Vascular per.	sí	-	sí	sí	sí	-	-
Total	10	6	3	6	10	7	6

* Cardiovascular esta incluida en torácica en Capital Federal

ra nómina de especialidades data de 1975. Dicha nómina fue modificada en 1978, 1982, 1983, 1988 y 1993.

En el cuadro 1 se expone la evolución de las especialidades quirúrgicas en la provincia de Buenos Aires hasta la actualidad. No se posee información precisa de las 23 provincias, ni sería tampoco objetivo de este trabajo, pero se ilustra a continuación el listado de especialidades de seis de las provincias argentinas y la Capital Federal, obtenido gracias a la gentileza de las respectivas sociedades de cirugía, cuadro 2.

En el presente listado se ha excluido de considerar a: Ginecología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología y Urología para simplificar la presentación y por considerarlas más definitivamente separadas de la cirugía. Hay 4 especialidades que sólo se reconocen en una provincia. Son ellas: Cirugía cardiovascular pediátrica y cirugía gastroenterológica en Buenos Aires y flebología y Cirugía del quemado en Mendoza. Hay 1 especialidad que se reconoce en dos provincias. Es ella Cirugía proctológica en Buenos Aires y Misiones. El estudio comparado con otros países como EE.UU. y Alemania muestra lo que se observa en el cuadro 3.

La información precedente demuestra claramente que la especialización en cirugía es un proceso hasta ahora sin mayor sistematización tanto en nuestro país como en otras partes del mundo, y que se haya extendido a otras ramas de la medicina aun con mayor dimensión. Sin embargo, parece evidente que la Argentina ha profundizado mucho más la cuestión, si ello se mide por el número de especialidades de la cirugía que exhibe en 1993, si se tiene en cuenta que la comparación efectuada es con países de mucho mayor desarrollo y que EE.UU. es el más avanzado en la materia y el más afectado por los efectos de la

CUADRO 3
Especialidades quirúrgicas por país

	Argentina	Alemania	EE.UU.
General	sí	sí	sí
Cardiovascular	sí	sí	*
Cardiovascular pediátrica	sí	-	-
Cabeza y cuello	sí	-	-
Coloproctológica	sí	-	-
Cuidados críticos	-	-	sí
De la mano	-	-	**
Flebológica	sí	-	**
Gastroenterológica	sí	-	-
Oncológica	sí	-	-
Plástica	sí	sí	sí
Pediátrica	sí	sí	**
Del quemado	sí	-	-
Torácica	sí	sí	sí
Vascular	sí	-	**
Totales	13	5	4

* Esta incluida en Torácica. ** Son "calificaciones especiales" de la Cirugía General. En el listado se omiten: Neurocirugía, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología y Urología, que existen independientemente.

excesiva especialización, expuesto como ejemplo en toda Europa, por la problemática que genera.

Baste considerar que Argentina tomada en conjunto exhibe 13 especialidades quirúrgicas independientemente de las separadas de antiguo como neurología, obstetricia, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología y urología.

EE.UU. posee 4, más 4 que no son tales sino solamente calificaciones especiales dentro de la cirugía general y Alemania solo ha autorizado la certificación en 5.

En Inglaterra de acuerdo a Irving⁵⁵ "El colegio real de cirujanos aunque reconoce la importancia de la especialización por ejemplo en cirugía vascular, trasplante, cabeza y cuello y oncología quirúrgica, ha resistido a crear especialidades separadas para ellas." "La persistencia en formar cirujanos generales con o sin interés especial es saludable económicamente. Ello proveerá a nuestras ciudades y pueblos con cirujanos de experiencia que enfrentarán un futuro desafiante de trabajo técnico e intelectual en cambio permanente. La buena atención será provista a la gran mayoría de los pacientes cerca de sus hogares por cirujanos bien entrenados".

Además si tomamos en cuenta la distribución territorial y densidad de población de nuestro país, parecería que la tendencia es contagiosa. Uno de los distritos que menos especialidades ha autorizado es justamente el que concentra la mayor densidad de población, la mayor tecnología y el mayor poderío económico, es decir, la Capital Federal.

Es evidente a la luz de la más modesta investigación bibliográfica que el problema de la especialización no es sólo argentino, ni de la cirugía. Sí podríamos decir que en Argentina lo hemos importado en gran escala y no parece haber sido concientizado como un verdadero problema.

En otras palabras, pareciera no sólo que no sabemos resolverlo, sino que ni siquiera sabemos que tenemos que resolverlo, lo cual implica la peor de las ignorancias. Y ello no obstante, que aún en el país cabe señalar antiguas advertencias como la de Alberto Gutiérrez⁴⁴ en la década del 40 cuando dice:

"El cirujano novel, debe practicar durante un cierto tiempo la cirugía general y luego orientarse hacia una especialidad. Qué diferencia grande se percibe entre el cirujano especializado desde el principio de su actuación y el que se ha hecho cirujano general primero y especializado luego!"

O la de ayer mismo de Boretti¹⁷, cirujano especializado el mismo, cuando afirma "Continúa una tendencia hacia la subespecialización que por momentos roza los límites de la disgregación o la atomización. Los especialistas se robotizan, se burocratizan y terminan deshumanizados. Entiendo que para formar nuestro especialista debe contarse con una base de formación médica general de excelencia".

Para ilustrar sobre la preocupación que el tema reviste en países mucho más desarrollados, con mucho mejores formaciones de pre y postgrado de sus cirujanos, basta consultar la opinión de Mannick⁶⁹, en EE.UU., de Irving⁵⁹ en Inglaterra, de Hollender⁴⁹ en Francia o de Harder⁴⁶ en Alemania.

Hace ya 20 años que EE.UU. se debate en el problema que genera la especialización⁶⁹ y desde 1950 es decir hace

43 años no se autoriza la creación de una nueva especialidad quirúrgica. Sólo se ha consentido en otorgar acreditaciones especiales en 4, que son cirugía pediátrica, cirugía vascular, cuidados críticos y cirugía de la mano.

En Argentina hemos creado y seguimos haciéndolo, 13 en los últimos 10 ó 20 años.

Nadie puede discutir las ventajas que la especialización ha aportado en todos los campos, pero sería impropio creer que no tiene inconvenientes y sencillamente necio, que ellos no son superlativos cuando se abusa o se la utiliza con fines ajenos al progreso de la atención o la ciencia.

Como en toda interpretación sistémica de un problema, todo es bueno o es malo de acuerdo al punto de vista que se considere. Con mucha más razón en cirugía, que como en medicina, confluyen valores esencialmente distintos como el progreso de la ciencia, la calidad de la atención, la más amplia accesibilidad, el menor costo, los valores éticos, etc. etc.

El estudio del origen o razón de la especialización muestra motivaciones muy diferentes. Desde la intención loable de abocarse a un campo limitado para poder aumentar el conocimiento y la tecnología, hasta el deleznable de limitar el campo de acción de acuerdo a la fuente de energía o tecnología de un aparato, la posibilidad de encaramarse al frente de un congreso, sociedad o nuevo departamento o seleccionar la patología para comodidad o beneficio del profesional.

Aun siguiendo principios extraños a nuestra ciencia, como ese de la economía que reza "Todo lo valioso ha de ser escaso" es imprescindible para preservar la especialización, no prodigarla, sino administrarla con sabiduría.

Luchemos por impedir que impulsados por motivaciones ajenas a nuestra ciencia o nuestro arte o a la calidad de la atención médica, el especialista siga en el camino de ser quien sabe mucho de poco o de nada, para convertirlo en aquel que sabe más de algo.

Para ilustrar el peligro que implica una aceptación irreflexiva de la autorización de nuevas especialidades, se describe a continuación un listado de nuevas propuestas de "especialidades quirúrgicas", que tienen como sustento citas bibliográficas originadas en motivaciones que pueden parecer loables, si se las considera de puntos de vistas parciales o individuales, sin la debida consideración del conjunto de sus implicancias, transferidas al ejercicio profesional.

Listado de especialidades quirúrgicas existentes o propuestas

Cirugía Oncológica²²
 Cirugía Toracoscópica
 Crinocirugía
 Cirugía Laparoscópica

Cirugía Teórica
 Cirugía de la órbita ⁵⁶
 Cirugía de la guerra ⁸³
 Cirugía fetal ⁵¹
 Cirugía experimental
 Cirugía de trasplante
 Cirugía de procesos
 Cirugía de cáncer de ovario (Piver MS)
 Cirugía craneofacial
 Cirugía Maxilo-facio-bucal
 Cirugía de la mano
 Cirugía de la columna vertebral
 Cirugía del trauma
 Cirugía endócrina
 Cirugía digestiva
 Cirugía de las paredes abdominales
 Cirugía hepatobiliar
 Cirugía del páncreas

Las nuevas especialidades han sido denominadas como tales, sea como ramas del ejercicio profesional, como sociedades científicas independientes o como subdivisiones de servicios o grupos de trabajo y de investigación y son el germen de futuras especialidades quirúrgicas y por tanto de la medicina toda, si no se reflexiona profundamente antes de incorporarlas.

Es trascendente establecer una clara diferenciación entre una especialidad como subdivisión de la investigación, la ciencia o la docencia y una especialidad como modalidad del ejercicio profesional. La especialización debe obligadamente poseer una connotación de habitualidad, es decir de ejercicio permanente, que es teóricamente factible en todos los otros campos, salvo en el ejercicio profesional o sea la atención médica.

Y ello por una razón ética: que su habitualidad depende de la existencia de enfermos, los cuales no pueden ser producidos, ni inventados, ni siquiera simulados, pues en ese caso no sería atención médica, sería solo experimentación o investigación. Alguien podrá diplomarse de especialista en tal o cual materia, pero solo ejercerá la misma, en tanto exista la necesidad o demanda de atención de la especialidad. De lo contrario y no obstante la existencia del especialista, el ejercicio de la especialidad no será posible.

Es verdadero también la inversa. Si no existe el especialista no puede existir la especialidad. Y es también cierto que la presencia del especialista descubre o permite aflorar la necesidad de atención o la demanda oculta, es decir en este caso la enfermedad. Pero el exceso de especialidades y especialistas, por deformación, termina generando enfermedad, justamente para subsistir en el ejercicio profesional, tanto la especialidad como el especialista. Y ese

momento en ciertos aspectos ya ha llegado y constituye el sustrato de lo que se ha llamado la medicalización de la vida actual.

De esto se desprende también que la especialidad en el ejercicio profesional tendrá siempre una clara definición regional, con independencia de otros factores, pues es imposible que ella subsista sin la característica particular que configuran los enfermos.

Observando sólo desde este punto de vista la realidad argentina, salta a la vista que la distribución regional de las especialidades quirúrgicas del ejercicio profesional no sigue justamente la demanda de atención de los pacientes o sea la frecuencia de enfermedades, sino probablemente la de los especialistas. O sobra la oncología quirúrgica en Mendoza y la cirugía cardiovascular pediátrica en Buenos Aires o ambas faltan de la Capital Federal.

Es también importante diferenciar entre la especialidad en sí misma y el entrenamiento de los futuros especialistas. Este último deberá ser obligatoriamente mucho más amplio que el campo mismo de la especialidad, para poder desempeñarse en el ejercicio profesional, donde no se puede prever con certeza las circunstancias en los casos concretos con que se deberá enfrentar.

El real valor de los especialistas y los centros especializados, desde la óptica del fin supremo de nuestra práctica, que es mejorar la atención médica, es crear conocimientos y técnicas efectivas y eficientes, es decir ejecutables con sencillez por la mayoría de los médicos, a todos los que lo necesiten y no pretender que sus creaciones sean patrimonio exclusivo de su ejercicio, sólo para los pacientes que a ellos sean referidos.

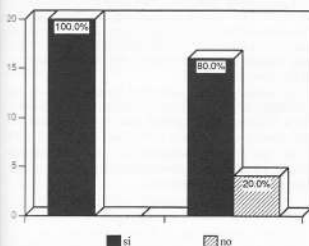
La necesidad y utilidad de la cirugía general es avalada por la mayoría de las citas bibliográficas al respecto ^{15-36, 34-41-47-49-52-55-75} por la encuesta realizada a las sociedades de cirugía del interior (Gráfico 2.1) aún por las mismas sociedades de cirugía de las especialidades quirúrgicas, que respondieron afirmativamente por unanimidad en el sentido de que es necesaria la cirugía general para asegurar una correcta atención médica.

Respecto del interrogante sobre si persistirá en el futuro la cirugía general, sólo se registró una opinión negativa entre la totalidad de sociedades de especialidades quirúrgicas encuestadas.

Las motivaciones que sustentan esa masiva opinión respecto de la necesidad y persistencia de la cirugía general son numerosas pero sobresalen de acuerdo a la bibliografía las siguientes:

- La necesidad de mantenerla como fuente de entrenamiento para las demás especialidades quirúrgicas.
- La imposibilidad económica en localidades de baja densidad poblacional de financiar la pre-

Gráfico 2.- ¿Considera útil a la Cirugía General y si ella persistirá en el futuro?



Respuestas producidas por las Sociedades de Cirugía del Interior

Encuesta efectuada a las sociedades de cirugía de las especialidades respecto de la necesidad actual y futura de la cirugía general

Sociedad	Es especialidad?	Es necesaria?	Persistirá?
Neurocirugía	sí	sí	sí
Ortopedia	sí	sí	sí
Angiología y cardiovascular	sí	sí	sí
Torácica	sí	sí	sí
Plástica	sí	sí	sí
Coloproctología	sí	sí	sí
Cabeza y Cuello	sí	sí	no
Urología	sí	sí	sí
Cirugía infantil	sí	sí	sí

sencia de diversos especialistas.

- La imposibilidad de ejercer efectivamente la especialidad en regiones de baja densidad poblacional, aún con presencia de un especialista, simplemente por falta de casos clínicos.
- La imposibilidad en la urgencia o atención del traumatizado de contar en todo tiempo y lugar con un equipo suficiente de especialistas.
- La inconveniencia de una formación insuficiente en aspectos generales, ante el hallazgo de una patología asociada o ante una situación imprevista en el acto operatorio.

A esta altura de las reflexiones sobre nuestro tema, sería válido el reproche de que previo a todas las disposiciones sobre la fragmentación de la cirugía general, debería establecerse con precisión que es lo que ella comprende o

significa. No es ello tarea fácil, salvo expresar una opinión personal sobre el tema, pues a pesar de existir servicios de la misma, sociedades al respecto, cátedras de cirugía, títulos de especialista en cirugía general, todos los cirujanos generales de nuestra Asociación y muchos otros a lo largo y ancho del país, tantos que no es posible obtener cifras ciertas, no he encontrado en Argentina, ni en nuestra Asociación, ningún documento que exprese explícitamente cual es el campo, el área o la incumbencia de la Cirugía General.

En mi investigación, que comprendo pudo no haber sido completa, no obstante haber interrogado a todas las sociedades de cirugía del interior del país y haber obtenido más de 20 respuestas negativas, las únicas referencias escritas halladas, fueron los objetivos de enseñanza aprendizaje de dos residencias en cirugía general. Las correspondientes al Hospital de Clínicas de Buenos Aires y al Hospital de la Comunidad de Mar del Plata, que se exponen en el capítulo sobre la formación del cirujano, donde se puntualiza qué conocimientos, habilidades y destrezas se espera sean adquiridos por los futuros egresados de la residencia de cirugía general. Pero debe advertirse que no debe confundirse objetivos de enseñanza con el ejercicio real de la profesión en la especialidad.

Al respecto merece citarse a Mannick⁶⁹, quien específicamente previene sobre ese error, cuando expresa "muchos confunden entrenamiento quirúrgico como práctica quirúrgica.

Las modalidades de la práctica en la cirugía general varían ampliamente a lo largo de EE.UU. y hay probablemente pocos cirujanos generales en pequeñas ciudades que regularmente trabajen en todos o casi todos los campos definidos por el American Board of Surgery (ABS) como componentes primarios de la cirugía general.

De los datos extraídos de una encuesta sobre las operaciones declaradas por los cirujanos que solicitaron su recertificación, surge que el cirujano general promedio de EE.UU. rara vez interviene en cada uno de los componentes de la cirugía general tal cual lo define el ABS. De hecho cuántos cirujanos entre nosotros, aún los líderes de la profesión, tuvieron o desearon una práctica regular que incluye "by pass" femoropoplíteos, duodenopancreatocetomías, anastomosis ileocanales, curas de quemaduras o resecciones de cáncer orofaríngeo? Probablemente no muchos.

Sin embargo espero que los residentes en los programas de entrenamiento dirigidos por muchos de los miembros de esta organización, ejecuten todos estos procedimientos antes de su graduación. Es tonto acaso seguir recomendando la más amplia experiencia posible en el entrenamiento, cuando la práctica será mucho más limitada?

Estoy convencido que no. Yo no querría que me resque un cáncer de colon un cirujano que no tenga suficiente experiencia en diseccionar vasos sanguíneos, ni

confiaría mi aneurisma de aorta abdominal a quien no esté plenamente entrenado en manipular el intestino delgado o el grueso".

Con esta aclaración previa, de quien fue uno de los miembros del Board Americano de Cirugía, se transcribe a continuación la descripción que esa institución ha establecido como objetivo de la evaluación que se exige para otorgar la certificación, en cirugía general, en los EE.UU. o lo que es lo mismo, las incumbencias de la cirugía general para ese organismo.

Requisitos para alcanzar la certificación del Board en Cirugía General

Conocimiento y práctica especializada relativa al diagnóstico y el manejo preoperatorio, operatorio y postoperatorio en las siguientes áreas de responsabilidad primaria:

Tracto alimentario
Abdomen y su contenido
Mama, piel y tejidos blandos
Cabeza y cuello
Sistema vascular
Sistema endócrino
Oncología quirúrgica
Manejo integral del traumatizado
Cuidado integral de los pacientes críticos.

Experiencia significativa en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de las siguientes áreas:

Cirugía pediátrica
Cirugía plástica
Cirugía torácica general
Cirugía del trasplante

Conocimiento de los problemas más comunes en las siguientes áreas

Cirugía cardíaca
Ginecología quirúrgica
Neurocirugía
Ortopedia
Urología
Anestesia

Previendo un resultado negativo en la investigación sobre incumbencias de la cirugía general a nivel nacional, se efectuó una encuesta a las sociedades de cirugía de las especialidades ya las sociedades quirúrgicas del interior, respecto de las prácticas quirúrgicas concretas, que aún perteneciendo al área de una u otra especialidad, pudieran ser patrimonio o incumbencia a la vez de la cirugía general,

sea por su relativo nivel de complejidad o por su necesidad en el curso de la atención médica.

Las prácticas quirúrgicas concretas motivo de la encuesta, fueron tomadas directamente del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y enviadas en conjunto a las Sociedades quirúrgicas del interior por un lado y por tema respectivo, a cada una de las sociedades quirúrgicas de las especialidades.

A continuación se transcriben las respuestas de las sociedades de especialidades quirúrgicas que respondieron a la misma, destacándose que el cuestionario fue respondido por todas, salvo la Sociedad de Ginecología.

El signo positivo o negativo (+) (-) que antecede a la descripción de la práctica indica el carácter de la respuesta dada por la sociedad respectiva.

Asociación Argentina de Neurocirugía

1-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones sobre el sistema nervioso serían o podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (-) evacuación por punción de colección intercerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea (hematoma, higroma, absceso)
- (-) punción lumbar con o sin manometría.
- (-) neurotomía selectiva del facial o del glossofaríngeo o del neumogástrico cervical.
- (-) injerto y/o anastomosis del facial, hipogloso o espinal.
- (-) neurólisis extracraneal
- (-) bloqueo extracraneal antiálgico
- (-) tratamiento quirúrgico por patología del plexo cérvico-braquial o lumbosacro (neuroma, exploración, neurorrafia)
- (-) neurorrafia, injerto, escisión de lesión, descompresión etc. de nervio periférico
- (-) Simpatectomía, cervical, torácica o lumbar o periaxial

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

2-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones de ortopedia y traumatología serían o podrían ser incumbencias a la vez de la cirugía general:

- (-) inmovilización de fracturas sin desplazamiento
- (-) reducción e inmovilización no quirúrgica de fracturas de estemón, húmero, codo o radio
- (-) reducción e inmovilización no quirúrgica de fracturas de clavícula, costillas, metacarpianos o metatarsianos e huesos propios de la nariz.

- (-) incisiones o resecciones parciales en huesos (exploración)
- (+) atención del paciente con quemaduras de 2º y 3º grados
- (-) escisión de escaras postquemaduras.
- (+) ejecución de colgajos osteo-miocrutáneos

Sociedad Argentina de Coloproctología

3-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones proctológicas podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (+) colectomía total con ileostomía definitiva.
- (+) coloproctomía total con ileostomía definitiva.
- (+) hemicolectomía o colectomía segmentaria.
- (+) resección anterior (Dixon).
- (+) proctosigmoidectomía abdominoperineal (Miles).
- (+) proctopexia (prolapso rectal).
- (+) rectotomía, sigmoidotomía.
- (+) proctorrafia.
- (+) confección o cierre de fístula rectovesical rectouretral o rectovaginal.
- (+) colostomía temporaria o definitiva.
- (+) apendicectomía.
- (+) drenaje de absceso perirectal o del Douglas.
- (+) anoplastia con o sin esfinterotomía.
- (+) hemorroidectomía, fisursectomía, trombolectomía.
- (+) tratamiento del prolapso mucoso (op. de Whitehead).
- (+) tratamiento del absceso perianal.
- (+) escisión de lesión de piel perianal. Biopsia anal. Fulguración.

Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello.

4-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones sobre cabeza y cuello serían o podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (+) suturas, (biopsias*) o drenajes en cabeza y cuello (*excepto biopsias)
- (-) escisiones locales de lesiones de cabeza y cuello
- (+) urgencias en cabeza y cuello
- (-) laringectomías parciales o totales
- (+) traqueostomía
- (-) parotidectomías
- (-) submaxilectomías
- (-) escisión de divertículo faringoesofágico
- (-) escisión de quistes branquiales
- (-) tiroidectomías totales o parciales

- (-) escisión de quiste tirogloso
- (-) parotidectomía
- (-) vaciamientos ganglionares de cuello
- (+) ligadura de carótida externa

Sociedad Argentina de Urología

5-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones urológicas podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (-) nefrectomía total.
- (-) nefroureterectomía total con cistectomía parcial.
- (-) nefrotomía, nefrostomía, nefropexia.
- (-) derivaciones ureterales a piel o a intestino.
- (-) ureterostomía.
- (-) tratamiento quirúrgico de la fístula ureterointestinal con o sin resección intestinal, ureterovaginal o ureterocutánea.
- (-) Cistectomía parcial.
- (-) tratamiento quirúrgico de la fístula vesicointestinal.
- (-) cistotomía a cielo abierto (cuerpo extraño-litiasis-drenaje) sutura vesical.
- (-) uretrorrafia por desgarró.
- (-) meatotomía.
- (-) adenomectomía de próstata.
- (-) biopsia prostática por punción, drenaje, extracción de cuerpo extraño, secuestrectomía, resección de lesiones infecciosas o parasitarias) Biopsia quirúrgica.

Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular

6-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones cardiovasculares serían o podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (-) colocación de marcapaso endocavitario
- (-) cambio de generador de marcapaso
- (+) cardiografía por herida o traumatismo
- (+) pericardiectomía descompresiva
- (+) pericardiocentesis
- (-) tratamiento del aneurisma aorta abdominal
- (-) cirugía de arterias viscerales o periféricas: arteriografías, embolectomías, tromboendarterectomía, injertos.
- (-) "shunt" o fístula arteriovenosa periférica para diálisis

- (-) disección de arterias para perfusión regional.
- (-) ligadura de troncos venosos profundos
- (-) tromboectomía venosa profunda
- (-) ligadura de cava inferior
- (+) anastomosis porto-cava
- (-) safenectomía interna y externa
- (+) flebotomía con colocación de catéter. Disección venosa para perfusión.

Sociedad Argentina de Cirugía Torácica

7-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones torácicas serían o podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (+) suturas, biopsias o drenajes en patología de pared torácica.
- (-) escisiones locales de lesiones de pared torácica.
- (+) traqueostomía.
- (+) toracotomía mínima de drenaje.
- (-) neumonectomía, lobectomía.
- (-) decorticación pulmonar.
- (-) quistectomía pulmonar.
- (+) toracotomía de urgencia.
- (-) biopsia de Daniels.

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

8-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones de la cirugía plástica serían o podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (+) escisión de quiste dermoide.
- (-) escisión amplia de lesión de piel incluyendo estructuras vecinas por tumor maligno.
- (-) escisión amplia de lesión de piel incluyendo estructuras vecinas por tumor maligno.
- (-) escisión radical de angioma cavernoso mayor de 5 cm. de diámetro
- (+) escisión local de lesión de piel o glándula de piel o incisión y drenaje de absceso superficial, hidrosadenitis, quiste sebáceo antrax novus etc. (siempre que no se halle en cara)
- (-) destrucción de lesión de piel por electrocoagulación.
- (+) sutura de herida (siempre que no se halle en cara)
- (+) escisión de tumor de tejido celular subcutáneo o lipoma gigante
- (+) incisión y drenaje de absceso profundo
- (-) injerto libre de grasa. dermigrasa o piel total

- (-) cierre plástico de herida por colgajo.
- (-) operación relajante en Z.
- (-) toma y colocación de injerto de piel con dermatomo.
- (-) orquidopexia.
- (-) Tratamiento quirúrgico del hidrocele, varicocele, torsión testicular quiste de epidídimo, quiste de cordón.
- (-) biopsia de testículo, drenaje de absceso testicular, escisión local de testículo.
- (-) epididimectomía.
- (-) vasectomía.
- (-) amputación total o parcial de pene con vaciamiento ganglionar.
- (-) postoplastia, circuncisión.

Sociedad Argentina de Cirugía Infantil

9-Señale cuál o cuáles de las siguientes intervenciones de cirugía infantil podrían ser a la vez incumbencias de la cirugía general:

- (-) canalizaciones venosas periféricas o umbilicales.
- (-) incisiones, escisiones, suturas y drenajes de procesos superficiales.
- (-) tratamiento local de las quemaduras.
- (-) drenaje de tórax.
- (-) hernioplastias en recién nacidos.
- (-) hernioplastias en lactantes.
- (-) hernioplastias en 1a. y 2a. infancia.
- (-) urgencias abdominales en recién nacidos.
- (-) urgencias abdominales en lactantes.
- (-) urgencias abdominales en 1a. y 2a. infancia.
- (-) cirugía de los traumatismos abdominales
- (-) cirugía de la hipertrofia de píloro.
- (-) quistectomías hepáticas o pulmonares.
- (-) cirugía de la patología testicular.
- (-) cirugía de la fimosis.

En realidad la Asociación Argentina de Cirugía Infantil, respondió textualmente a todos estos puntos: "La cirugía infantil es la más general de todas las especialidades que absorbe una etapa de la vida y toda su patología quirúrgica", interpretando personalmente, que la respuesta era negativa para cada ítem en particular, sobre incumbencias de la cirugía general.

La encuesta efectuada a las sociedades quirúrgicas de interior al respecto, obtuvo 19 respuestas o sea aproximadamente el 50% del universo explorado.

En algunos casos como Rosario y el Comahue, la

comisiones directivas en su afán de aportar la información más verídica posible, subdistribuyeron la encuesta entre cirujanos agrupados por establecimientos, servicios o ciudades, relacionadas con esa sociedad, las cuales fueron tabuladas como otras tantas sociedades del interior.

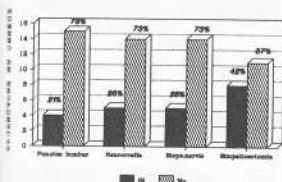
Los resultados obtenidos se muestran graficados a continuación. Por razones de espacio y diagramación se

han seleccionado las prácticas más representativas.

La presentación muestra en el gráfico de la izquierda las respuestas producidas por el conjunto de las sociedades del interior con sus porcentajes por Si o por No para cada práctica y en el gráfico de la derecha, las respuestas de la sociedad de la especialidad por Si o por No sobre las mismas prestaciones.

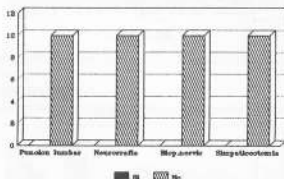
Intervenciones sobre el sistema nervioso

Gráfico 2.2.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre el sistema nervioso



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

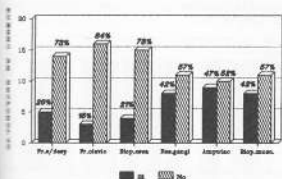
Gráfico 2.3.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre el sistema nervioso



Respuesta producidas por la Sociedad de Neurocirugía

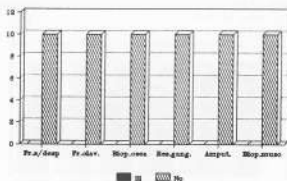
Intervenciones sobre el sistema musculoesquelético

Gráfico 2.4.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de ortopedia



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

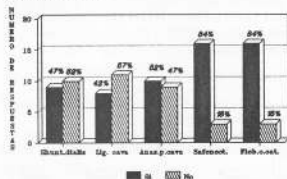
Gráfico 2.5.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de ortopedia



Respuestas producidas por la Sociedad de Ortopedia

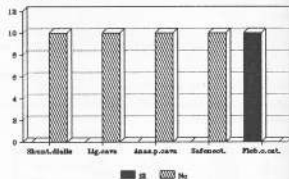
Intervenciones cardiovasculares

Gráfico 2.6.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones cardiovasculares



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

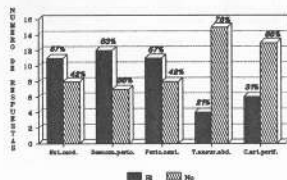
Gráfico 2.7.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones cardiovasculares



Respuestas producidas por la Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular

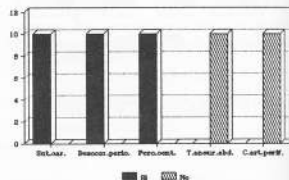
Intervenciones Cardiovasculares

Gráfico 2.8.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones cardiovasculares.



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

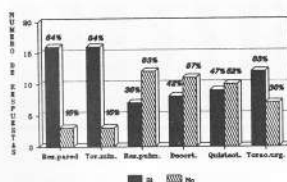
Gráfico 2.9.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones cardiovasculares.



Respuestas producidas por la Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular

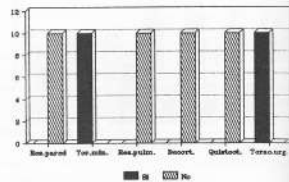
Intervenciones sobre el tórax

Gráfico 2.10.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre el tórax



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

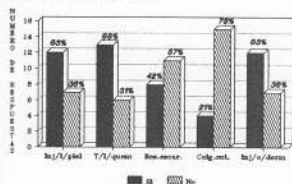
Gráfico 2.11.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre el tórax



Respuestas producidas por la Sociedad de Cirugía Torácica

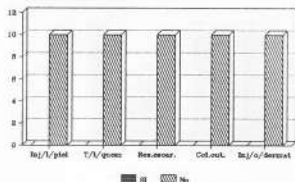
Intervenciones plásticas o reparadoras

Gráfico 2.12.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de Cirugía Plástica o Reparadora



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

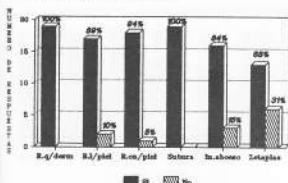
Gráfico 2.13.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones Plásticas o Reparadoras



Respuestas producidas por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

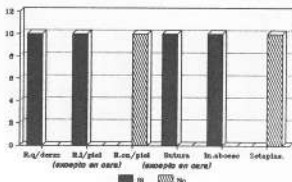
Intervenciones plásticas o reparadoras

Gráfico 2.14.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de Cirugía Plástica o Reparadora



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

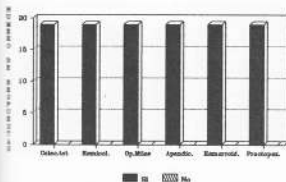
Gráfico 2.15.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones Plásticas o Reparadoras



Respuestas producidas por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

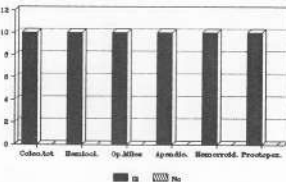
Intervenciones coloproctológicas

Gráfico 2.16.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones Coloproctológicas



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

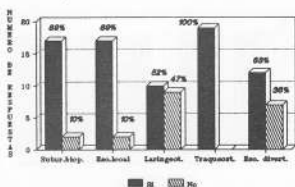
Gráfico 2.17.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones Coloproctológicas



Respuestas producidas por la Sociedad Argentina de Coloproctología

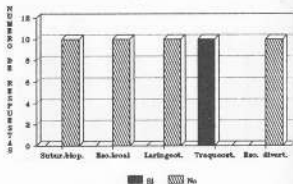
Intervenciones sobre cabeza y cuello

Gráfico 2.18.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre cabeza y cuello



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

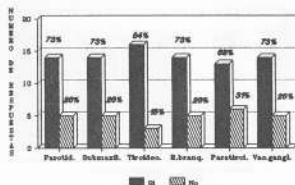
Gráfico 2.19.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre cabeza y cuello



Respuestas producidas por la Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello

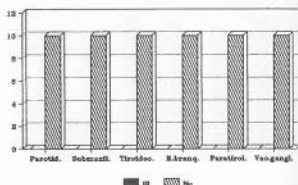
Intervenciones sobre cabeza y cuello

Gráfico 2.20.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre cabeza y cuello



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país.

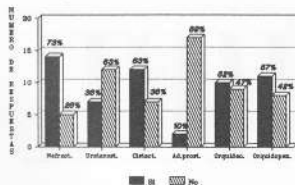
Gráfico 2.21.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones sobre cabeza y cuello



Respuestas producidas por la Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello

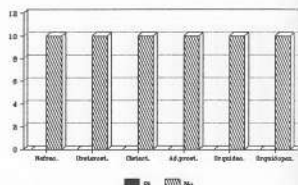
Intervenciones Urológicas

Gráfico 2.22.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones urológicas



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

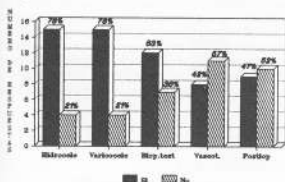
Gráfico 2.23.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones urológicas



Respuesta producidas por la Sociedad Argentina de Urología

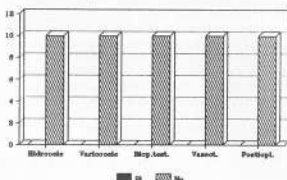
Intervenciones urológicas

Gráfico 2.24.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones urológicas



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

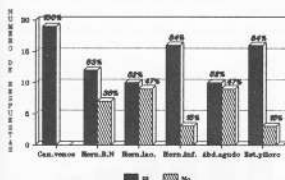
Gráfico 2.25.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones urológicas



Respuesta producidas por la Sociedad Argentina de Urología

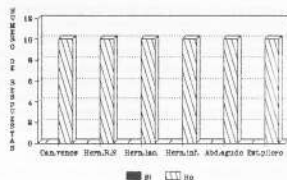
Intervenciones en cirugía infantil

Gráfico 2.26.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de Cirugía Infantil



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

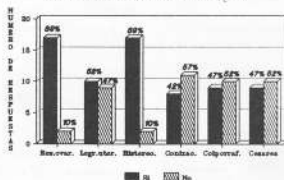
Gráfico 2.27.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones de Cirugía Infantil



Respuesta producidas por la Sociedad de cirugía infantil

Intervenciones ginecológicas

Gráfico 2.28.- Incumbencia de la Cirugía General en intervenciones Ginecológicas



Respuestas producidas por las sociedades de cirugía del interior del país

El análisis de las respuestas obtenidas, que muestra desde la imposibilidad de adjudicarle ninguna incumbencia a la cirugía general, como el caso de las sociedades de Neurocirugía, Ortopedia, Urología y Cirugía infantil, hasta la de permitirle todas, como Proctología, hacen difícil extraer alguna conclusión, sobre los parámetros tenidos en cuenta al producir las respuestas. Es imposible saber si las decisiones fueron tomadas desde la óptica de la pericia actual de los cirujanos, o de la posibilidad de que los futuros la adquieren, o de la conveniencia de la atención médica, o de cualquier otra motivación. Sería difícil res-

ponder en cabeza y cuello por qué un cirujano puede llegar a ser hábil para efectuar una traqueostomía, pero no para realizar una biopsia; o como en cirugía vascular puede adquirir habilidad para efectuar una derivación portocava, pero no para reparar un vaso periférico, efectuar un shunt arteriovenoso para diálisis o realizar una safenectomía.

Es evidente que para alcanzar una respuesta uniforme o comparable será necesario amplias reflexiones sobre el tema y establecer de antemano cuales son los valores y objetivos generales a que estamos dispuestos a atenernos para alcanzar.

III. - LA FORMACION DEL CIRUJANO ACTUAL

La formación de pregrado

Corresponde a las escuelas médicas del país, salvo el escaso número de profesionales formados en el extranjero. La gran mayoría son alumnos egresados de las universidades estatales de Buenos Aires, Rosario, Córdoba, La Plata, Nordeste, Tucumán y Cuyo o de las Universidades privadas de El Salvador en Buenos Aires y Católica de Córdoba.

Actualmente se agregan otras escuelas privadas de medicina en la Capital Federal tales como Maimonides, Fundación Favalaro y Barceló, que aun no han originado egresados. El total de alumnos de Medicina en Argentina en 1993 es de 70438 (encuesta personal). De ellos, 68954 (98%) son de escuelas estatales y 1438 (2%) de escuelas privadas. La distribución de los alumnos en las escuelas estatales se observa en el gráfico 3.1 donde se pone de manifiesto la disparidad total entre las mismas, con extremos tan alejados como la de Buenos Aires con 20032 alumnos y la de Cuyo con solo 1779. La distribución de los alumnos en las escuelas privadas puede observarse en el gráfico 3.2, desconociéndose los datos de la universidad

Barceló. El promedio de alumnos por facultad estatal es de 9850, en tanto que el mismo para las escuelas privadas es de 371. Hay veintisiete veces más alumnos de medicina promedio por facultad estatal que privada en la República Argentina.

Gráfico 3.2.- Alumnos de Medicina por Facultad privada 1993.

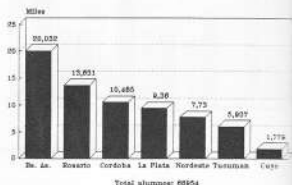


Gráfico 3.3.- Alumnos de Medicina por Facultad estatal 1993.

Gráfico 3.1.- Alumnos de Medicina por Facultad estatal 1993.

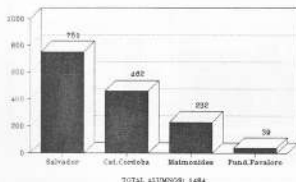
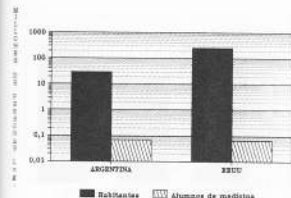


Gráfico 3.4. Relación entre número de habitantes y estudiantes de medicina en Argentina y EE.UU.



Como elemento comparativo, sirva mostrar los alumnos de Medicina en EE.UU. en 1989, que ascendían a 65742, distribuidos en 125 escuelas, con un promedio de 525 alumnos cada una, respecto de Argentina, donde ese promedio asciende a 6408 alumnos, tomadas en conjunto facultades estatales y privadas, como se ilustra en el Gráfico 3.3.

Es interesante, a los efectos de tener algún punto de referencia para valorar la magnitud de la matrícula argentina de estudiantes de medicina, relacionar los cocientes habitantes/alumnos entre nuestro país y EE.UU. Para Argentina su valor es de 426 habitantes por alumnos en tanto que para EE.UU. es de 3802 habitantes por alumno, lo cual se puede observar en el gráfico 3.4 que requiere de una escala logarítmica para poder ser representado.

Al respecto podría aducirse que el nivel de deserción global de nuestros estudiantes es muy alto (85%), en tanto que el de los EE.UU. es inferior al 20%, pero aun tomando en consideración ese punto de vista muy vulnerable, la relación habitante/alumno sería de 2893 para Argentina y 4532 para EE.UU.

En todas las facultades de medicina argentinas se incluye en el currículum la asignatura cirugía, con períodos variables de enseñanza entre 2 y 4 años, organizados por cátedras, departamentos o unidades docentes.

Del material obtenido de una encuesta efectuada por la Comisión de Pregrado de la Asociación Argentina de Cirugía en 1993 a todas las unidades docentes de cirugía del país, sobre 45 respuestas de un total de 90 enviadas, debe destacarse que 44 de ellas o sea todas menos una, tenían a cargo de un MAAC. De ellos el 82% eran cirujanos recertificados, el 75% tenían planeamiento educativo y sólo el 44% poseía objetivos del curso definidos por la Facultad.

En la actualidad las Facultades diploman a sus egresados como médicos y no como médico cirujano, no obstante lo cual se enseña cirugía y ciertas habilidades y destrezas

indudablemente quirúrgicas, pero que se las considera patrimonio indivisible de la medicina toda y no de la posterior especialización en cirugía.

La formación de postgrado

En relación a la formación de postgrado, se analizará el sistema de residencias, por ser éste el mejor y más generalizado mecanismo formador de recursos, si bien no constituye el único medio de acceder a la especialidad.

El estudio sobre las residencias se efectuó en base a la documentación existente en la Asociación Argentina de Cirugía, en el registro de acreditación de las mismas.

La acreditación de las residencias quirúrgicas en la Asociación Argentina de Cirugía es un sistema voluntario, a solicitud del Director de cada una de ellas, que por un mecanismo de evaluación las acredita en Categoría A, B o C. La categoría A otorga validez por tres años, la categoría B por dos y la C por un año, debiendo repetirse la evaluación al final de cada período para mantener la categoría de residencia acreditada.

El estudio abarcó las residencias acreditadas en la AAC en 1992 que eran sólo veinticuatro, correspondiendo siete a la categoría A; ocho a la B y nueve a la C, sobre un total de 70 inscriptas en el Registro de la Asociación, para un total en el país, que supera las cien.

Debe tenerse en cuenta que de acuerdo a lo expuesto, la muestra analizada constituye sin duda el exponente de las mejores residencias quirúrgicas del país o al menos de las que así se consideran.

En relación al objetivo de enseñanza aprendizaje de estas residencias de Cirugía General, cabe destacar que sólo dos de ellas expresan explícitamente los mismos, que son el Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires y el Hospital de la Comunidad de Mar del Plata, los cuales se transcriben a continuación:

Residencia en Cirugía General Hospital Privado de la Comunidad - Mar del Plata

- *Objetivos:* se formará al residente en lo que hace al diagnóstico y tratamiento de los pacientes que pertenecen al ámbito quirúrgico y se desarrollarán en él aptitudes docentes y de investigación clínica, así como la comprensión de los problemas humanos del enfermo.
- *Perfil del cirujano general a formar:* dotar al egresado de sólidos conocimientos en Clínica Quirúrgica, Fisiopatología y Técnicas quirúrgicas y dotarlo de destrezas y habilidades que le permitan la resolución de los cuadros quirúrgicos más frecuentes en: cuello, tórax y abdomen que será complementado con conocimientos y práctica en: cirugía vascular, ginecología y urología.

*Residencia en Cirugía General
Hospital de Clínicas José de San Martín*

- **Objetivos:** formar un cirujano general capacitado para tratar la patología quirúrgica de:
- Cabeza y Cuello.
- Tórax y cardiovascular.
- Gastroenterología.
- Oncología.
- Plástica y reconstructiva básica
- Pre y postoperatorio
- Trauma y urgencias.

La investigación estudió la duración de las residencias, el tipo de intervenciones que efectuaban los residentes, tomadas de las listas de operaciones de cada uno de ellos y el promedio de intervenciones anuales por residente en las mismas.

Los resultados se ilustran en los gráficos siguientes, relacionando cada uno de estos ítems, con la categoría de las residencias.

Los datos del gráfico 3.5 muestran que sólo diez (41%) de las residencias estudiadas posee una duración de 4 años. El restante 59% son residencias donde el período de aprendizaje sólo alcanza una duración de tres años.

También puede observarse que de siete residencias categorizadas como A, cuatro duran cuatro años, (57%) de ocho categorizadas como B, cuatro duran cuatro años, (50%); y de nueve categorizadas C sólo dos (22%) tienen duración de cuatro años.

El promedio de intervenciones anuales por residente no presenta diferencias significativas de acuerdo a la categoría de cada una de ellas. Gráfico 3.6

En valores absolutos existe una pequeña ventaja para las categorizadas más bajas (las C) y en general se aproxima a las ochenta operaciones anuales por residente, que si

Gráfico 3.5.- Relación entre categoría y años de duración de las residencias quirúrgicas.

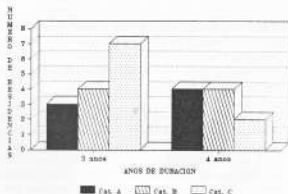
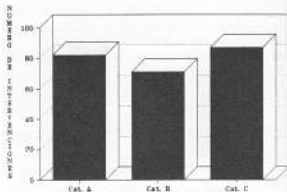


Gráfico 3.6.- Relación entre categoría de residencia y promedio de intervenciones anuales por residente.



se traspolo a la duración de la mayoría de las residencias, que es de tres años, arroja un total de intervenciones por residente de doscientas cuarenta operaciones medianas o mayores.

En este estudio se analizaron las intervenciones diferentes a la cirugía gastrointestinal y de paredes, que abarca la mayoría de las ejecutadas en los servicios de cirugía general, efectuadas por los residentes.

En el gráfico 3.7 se muestra que sólo en las categorizadas como A, todas efectúan cirugía de venas periféricas, de tiroides, cabeza y cuello y guardia y de las categorizadas como B, la totalidad sólo practica cirugía de guardia.

Es evidente que tanto la cirugía ginecológica, como la infantil y plástica o reconstructiva sólo es practicada por la minoría de los residentes o sea los futuros cirujanos generales.

Además debe llamar la atención que un porcentaje no despreciable de este conjunto que constituye las mejores residencias, no comprendan el entrenamiento en cirugía de

Gráfico 3.7.- Relación entre categoría de residencia y práctica de intervenciones

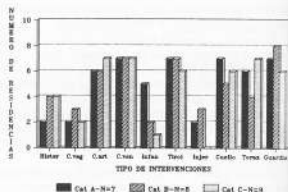
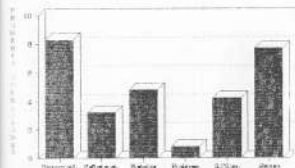


Gráfico 3.8.- Experiencia promedio en cirugía anorectal en residentes en cirugía general 1987-1991



guardia o emergencia.

Como elemento comparativo y demostrativo de que la problemática precedente no es particular de nuestro país, vale la pena la referencia de la publicación de Hyman⁵⁰, quien señala, sobre el déficit de entrenamiento en cirugía anorectal de los residentes de EE.UU., tal como se muestra en el gráfico 3.8.

Hyman⁵⁰ señala diferentes factores que limitan el contacto de los residentes con la patología anorectal que trae como consecuencia un inadecuado conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías habituales. Ellos incluyen el desplazamiento de muchos de los pacientes a servicios de cirugía ambulatoria, la relativa escasez de cirujanos anorrectales en los programas de enseñanza y una pérdida del énfasis de la enseñanza en enfermedades anorrectales en los currículum de las residencias.

IV-EL CIRUJANO GENERAL ACTUAL

4.1 Su incumbencia o área de acción

La búsqueda de la definición actual del área de acción o incumbencia del cirujano general tiene diferentes opciones. La primera de ellas se relaciona con la definición de ley 17132 modificatoria del art. 21 de la ley 17132 que establece como especialista a aquel que posee título de la especialidad otorgado por la Universidad o es Profesor de la materia misma, o fue certificado por entidad autorizada, o cumplió con residencia reconocida. Ello sería utilizable si estuvieran delimitadas las incumbencias o áreas del ejercicio correspondientes a cada especialidad, cosa que no ocurre para la cirugía general, ni tampoco para la mayoría

de las especialidades. Y ello no es sólo problema de definición escrita. Es relativamente fácil para las prácticas o problemas complejos determinar a qué especialidad corresponden, pero ellos son los menos, pues la gran masa de prácticas o actitudes a decidir no son de extrema complejidad y por otra parte es tan extensa la lista de especialidades, que fatalmente muchos de los problemas tienen relación con una, dos, tres o más especialidades, aparte de la medicina toda o sea la medicina general.

Por tanto, el problema es mucho más complejo que la sola falta de definición del concepto de especialidad y fue tratado ampliamente en el capítulo correspondiente a la problemática de las especialidades.

Una segunda opción para conocer la incumbencia del ejercicio profesional del cirujano general actual fue estudiar sus actividades reales o sea la distribución de sus intervenciones. Ello fue explorado, estudiando las operaciones efectuadas por los aspirantes a ingresar a la Asociación como cirujanos generales. Gráfico 4.1. Para poder comparar si la distribución de las intervenciones efectuadas por los cirujanos generales antedichos, se debía a una selección promovida por ellos mismos o era debida a la distribución natural de las intervenciones provocada por la patología dominante, se estudió las intervenciones efectuadas por el conjunto de especialistas de la Ciudad de La Plata, facturadas por la Agrupación Médica Platense a un universo de 155.000 afiliados al IOMA o sea al Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, que se puede observar en el gráfico 4.2.

Asimismo y con idéntico sentido se transcriben los datos de una estadística del Instituto de Medicina Privada

Gráfico 4.1.- Frecuencia de los distintos tipos de cirugía entre los aspirantes a MAAC 1992

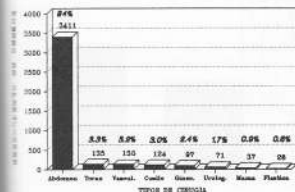


Gráfico 4.2.- Operaciones facturadas durante 4 meses por todos los especialistas de La Plata.

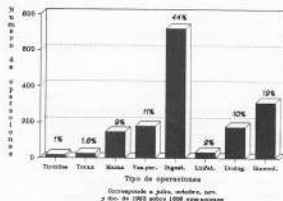
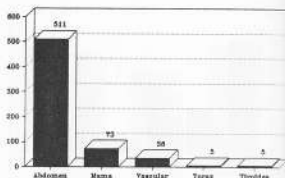


Gráfico 4.3 - Intervenciones del instituto médico privado de Diamante - Entre Ríos 1984-1985-1986-1992.



de Diamante, Entre Ríos, como muestra de un centro de menor complejidad y densidad de población. Gráfico 4.3

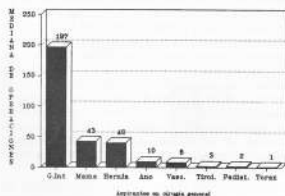
En el gráfico 4.4, se presenta la mediana de operaciones de los aspirantes a recertificación, del American Board of Surgery en 1987-88, elemento que también permite evaluar la distribución de operaciones efectuadas por la muestra elegida de cirujanos generales argentinos.

Este conjunto de información permite objetivar que la experiencia demostrada tanto por los aspirantes a MAAC de nuestra Asociación, como aquellos a recertificación en los EE.UU., constituye una expresión fiel de las frecuencias reales de intervenciones quirúrgicas por especialidad que se generan en la población, espontáneamente.

La ejecución de endoscopias o prácticas endoscópicas sean diagnósticas o terapéuticas, es otra de las áreas de la cirugía general en discusión, en este caso con la gastroenterología, sea por abandono en el ejercicio o en los programas de instrucción.

Debido a ello, se interrogó a los encuestados si efectúan

Gráfico 4.4.- Mediana de operaciones de aspirantes a recertificación del A.B.S., 1987-88.



algún tipo de cirugía o práctica endoscópica, esofagoscópica, colonoscópica, etc.

Respondieron positivamente el 41%, es decir menos de la mitad. Gráfico 4.5.

El estudio de la misma respuesta pero dividido por grupos de antigüedad mostró sustanciales diferencias, pues si bien entre los que superan los 10 años las respuestas afirmativas oscilan entre el 43 y el 44%, en los menores de 10 años de antigüedad, las respuestas afirmativas sólo alcanzan al 15% Gráfico 4.6, indica un progresivo abandono de este tipo de prácticas por los cirujanos.

La práctica de cirugía videoscópica o laparoscópica fue explorada interrogando sobre su ejecución, las causas por las cuales no se practicaba y la preferencia del encuestado en relación con la cirugía convencional.

Respondieron que ejecutaban cirugía videoscópica el 43% de los encuestados. Debe considerarse que muchas respuestas negativas se deben a que la técnica puede no aplicarse a su especialidad como cabeza y cuello por

Gráfico 4.5.- Efectúa Ud. cirugía endoscópica.

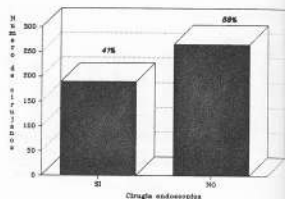
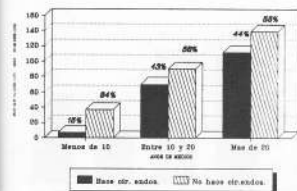


Gráfico 4.6.- Relación entre años de médico y la práctica de cirugía endoscópica.



ejemplo.

Respecto de las causas por las cuales no la practicaban, la gran mayoría respondió, que era debido a carencia de equipamiento. Un 15% lo fundamentó en que no creía en su utilidad y un 4% en incapacidad para adquirir la destreza.

En relación a si son preferibles las intervenciones laparoscópicas respecto de las convencionales un 6% respondió que siempre son preferibles, un 1% respondió que nunca son preferibles y la gran mayoría el 92% expresó su preferencia cuando son posibles.

La investigación entre la práctica de la cirugía videoscópica y la antigüedad como médico demostró que en el grupo de 10 a 20 años es donde se practica con mayor frecuencia (49%), le sigue el grupo de más de 20 años con el 40% y los que menos la efectúan son aquellos de menos de 10 años con el 31% Gráfico 4.7.

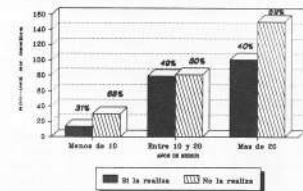
Aquí la conclusión es que entre los mayores, debe prevalecer la dificultad para adquirir nuevas destrezas y entre los menores, la falta de oportunidad para acceder al equipamiento, cosa que debería ser corregida.

4.2 El marco normativo del ejercicio profesional del cirujano actual

El cirujano general como el resto de los especialistas tienen normatizado su ejercicio, de acuerdo a su jurisdicción de residencia.

En el ámbito nacional, es decir la Capital Federal, la norma la constituye la "ley de ejercicio profesional y actividades de colaboración" N° 17.132 y sus modificaciones y reglamentaciones. De todas sus disposiciones merecen destacarse las referidas al artículo 21, que fueron modificadas por la ley 23.873, publicada en el Boletín Oficial el 30-X-1990, y dispone los requisitos para obtener título de especialista, limita su vigencia a cinco años y establece la necesidad de recertificación periódica.

Gráfico 4.7.- Relación entre años de médico y cirugía laparoscópica



Disposiciones reglamentarias del Ministerio de Salud de la Nación, establecen distintos mecanismos para la certificación de la especialidad y su revalidación o recertificación, autorizando en ciertos casos a entidades científicas reconocidas, como la Asociación Argentina de Cirugía, a otorgar las certificaciones y las recertificaciones de los especialistas en la materia.

Por expresas disposiciones constitucionales, cada provincia establece las normas y requisitos de ejercicio profesional y sus especialidades.

Como ejemplo vale citar las de la Provincia de Buenos Aires, comprendidas en el decreto ley 5413/58 y sus modificatorias, que designa al Colegio de Médicos de la Provincia, como organismo de ley descentralizado, encargado de autorizar el uso del título de especialista y establecer los requisitos. Por resolución 296 del 27 de marzo de 1993 el Colegio de Médicos, también estableció que a partir del 1° de abril de 1993 las certificaciones de especialista deberán ser renovadas cada 5 años, siendo ello optativo, para los certificados antes de 1988.

Muy recientemente y en el marco de la desregulación del ejercicio de las profesiones (no sólo la medicina), entraron en vigencia los decretos 2284 y 2293 que establecen la universalidad del ejercicio profesional en todo el país, para cualquiera que haya cumplido con los requisitos establecidos para una determinada jurisdicción. Es decir, que cualquier profesional o especialista (cirujano general o cualquier otro) autorizado a ejercer en una jurisdicción, podría hacerlo en cualquier otra de Argentina, sin más trámite.

Sin embargo en virtud de los principios constitucionales referidos y otros pactos federales, esos decretos de origen nacional, sólo pueden aplicarse en la Capital Federal, hasta tanto cada provincia se adhiera expresamente por disposiciones legislativas propias. En otras palabras, en la situación actual, un cirujano general debidamente matriculado en cualquier provincia, podrá ejercer sin más trámite en la Capital Federal o sea territorio Nacional, pero ningu-

no de la Capital, podrá hacerlo en las provincias, si no cumple con los requisitos establecidos por cada una de ellas, hasta tanto la provincia no genere la antedicha adhesión, cosa no ocurrida en ninguna hasta la fecha.

Respecto de la recertificación e independientemente de la obligación impuesta por ley en la Capital desde 1990 y en la Provincia de Buenos Aires desde 1993, la Asociación Argentina de Cirugía implementó desde 1986 un programa de recertificación voluntario para sus miembros, que ha incluido hasta la actualidad aproximadamente a 1000 asociados.

Muy recientemente en 1991, en el ámbito de la Academia Nacional de Medicina, se constituyó el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, también de carácter voluntario, que registra y certifica como tales a todos aquellos médicos que hubieren obtenido su certificación o recertificación en organismo o instituciones avalados o reconocidos por la Academia Nacional de Medicina.

Este movimiento o actitud hacia la recertificación, de los cuales han sido pioneros las mismas entidades científicas, como la Asociación Argentina de Cirugía y la Sociedad Argentina de Pediatría, surgió como una necesidad voluntaria de sus miembros de revalidar sus aptitudes, en respuesta a un imperativo de conciencia de sí mismos y ante la sociedad a quienes ofrecen sus servicios.

Posteriormente ello ha ido extendiéndose y ha llegado como en los ejemplos de la Nación y la Provincia de Buenos Aires a concretarse en requisitos obligatorios, provenientes de disposiciones legales.

4-3 De las condiciones de trabajo y formas de remuneración.

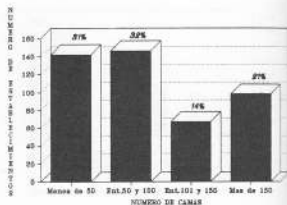
Debe recordarse que la información obtenida proviene de una encuesta efectuada sólo a los miembros de la Asociación Argentina de Cirugía que abarcó 460 cirujanos, cuya distribución por antigüedad muestra que el 55% de los encuestados tenían más de 20 años de médico, el 35% entre 10 y 20 años y el 9% menos de 10 años o sea que la muestra abarcaba una gran mayoría de cirujanos con significativa antigüedad.

Respecto del ámbito de trabajo, el 72% responde que lo hace en el Hospital Público y el 89% en establecimientos privados. De ello puede deducirse, que la mayoría (61%) trabaja en ambos tipos de establecimientos, que el 27% lo hace exclusivamente en establecimientos privados y el 11% exclusivamente en los públicos.

Merece destacarse que el hospital privado, como ámbito de ejercicio exclusivo de los cirujanos (27%), casi triplica al hospital público, donde ejercen en esas condiciones, sólo el 11% de los encuestados.

En relación al número de camas de los establecimientos donde se desempeñan los cirujanos, la pregunta indicaba que señalaran el número de camas del más pequeño, ante

Gráfico 4.8.- Número de camas de los establecimientos donde ejercen los cirujanos.



el supuesto de que la gran mayoría ejercía en hospitales públicos y privados y que era preferible conocer la magnitud de los de menor tamaño.

Este parámetro, que con ciertas excepciones es un indicador de la complejidad del establecimiento, permite deducir que la mayoría de los cirujanos se desempeñan en instituciones pequeñas o medianas, pues el 31% tiene menos de 50 camas y el 32% entre 50 y 100, o sea que el 63% posee menos de 100 camas como puede observarse en el gráfico 4.8.

El estudio del número de intervenciones o ayudantías por mes, por cada cirujano, demostró que el 45% de los encuestados no supera los 20 casos, lo cual debe considerarse bajo, si se tiene en cuenta las características de la muestra (todos MAAC y más de la mitad con más de 20 años de antigüedad) según se ilustra en gráfico 4.9.

Al relacionar el número de intervenciones con la antigüedad como médico Gráfico 4.10, resulta que no existen diferencias significativas en el número de intervenciones mensuales de acuerdo a la antigüedad del cirujano.

Gráfico 4.9.- Número de intervenciones por cirujano por mes incluido ayudantías.

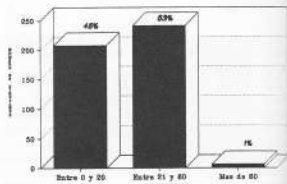
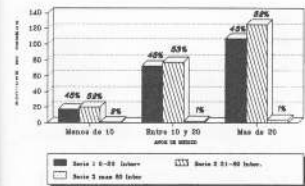


Gráfico 4.10.- Relación entre años de médico e intervenciones mensuales.



Con referencia al interrogante sobre la principal modalidad de remuneración fuera del hospital público las cifras se ilustran en el gráfico 4.11.

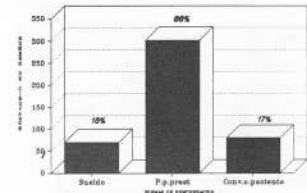
Como era de esperar el 67% de los casos está representado por el pago por prestación por convenio con obras sociales, mutuales o prepagos. Llama la atención, que el convenio particular con el paciente ocupe un porcentaje no despreciable del 17%, superior a la remuneración por sueldo en relación de dependencia, constituida por un 15%.

La relación entre la forma principal de remuneración fuera del hospital público y la antigüedad se puede observar en el gráfico 4. 12.

Los datos muestran que a medida que aumenta la antigüedad disminuye la proporción de cirujanos a sueldo y aumenta la forma de pago por convenio con el paciente, llegando en los de más de 20 años de antigüedad el 24% del total de ese grupo, cuando en los cirujanos de 16 a 20 años constituye el 9% y en los de menos de 10 solo el 4%.

El nivel de previsión de las demandas por responsabi-

Gráfico 4.11.- Principales modalidades de remuneración fuera de hospital público.



lidad profesional de los cirujanos, se investigó interrogando respecto de la tenencia o no de seguro al respecto. Los resultados muestran que el 57% de los mismos no tiene cobertura, por el evento de una demanda por mala praxis.

El estudio de la relación entre antigüedad y tenencia de seguro que se presenta en el gráfico 4.13, mostró que la posesión de seguro va aumentando en relación a la antigüedad, llegando en los cirujanos de más de 20 años a cubrir el 46% del total, en tanto que los menores de 10 años están cubiertos sólo en el 29% y los de antigüedad entre 10 y 20 años el 38%. Estas cifras demuestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de más de 20 años y menos de 10, no así entre los mayores de 10 y 20 años.

El interrogatorio sobre si alguna vez fue demandado por mala praxis demostró que en el 79% de los encuestados ello nunca ocurrió.

La relación entre antigüedad como médico y demandas por responsabilidad profesional, no mostró diferencias

Gráfico 4.12.- Relación entre años de médico y forma de remuneración.

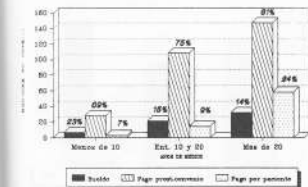


Gráfico 4.13.- Relación entre años de médico y seguro de responsabilidad profesional

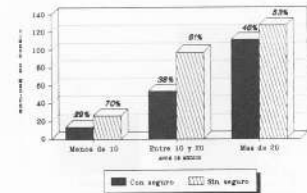
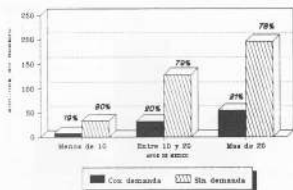


Gráfico 4.14.- Relación entre años de médico y demandas por responsabilidad

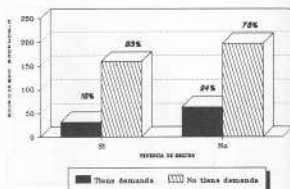


significativas, deduciéndose que los reclamos se presentan en iguales proporciones según la antigüedad en el ejercicio. Gráfico 4.14. Esto debe alertar en el sentido de que la cobertura debería ser idéntica no importa la antigüedad, en oposición a la libre elección de los cirujanos, demostrada en la encuesta, donde los más jóvenes han optado por estar cubiertos en mucha menor medida que los más antiguos. La investigación de la relación entre la frecuencia de demandas por mala praxis y posesión de seguros no demostró un aumento de las mismas en el caso de los asegurados, como lo afirman ciertas presunciones, basadas en que la tenencia de seguro incentiva las demandas; sino lo contrario, no existiendo diferencia estadísticamente significativa, gráfico 4.15.

4-4 Su concepto de cirujano general y cirujano especializado

Habida cuenta de la dificultad existente para definir a un cirujano general y a un especialista, se interrogó espe-

Gráfico 4.15.- Relación entre tenencia de seguro y demanda por responsabilidad



cíficamente a los encuestados.

A la pregunta sobre si la práctica de la cirugía general incluye intervenciones ortopédicas o sobre el cráneo, la respuesta fue negativa en el 95% de los casos.

Preguntados como se consideran a sí mismos, como cirujanos generales o especializados, el 61% respondió generales y el 39% especializados.

Analizadas las respuestas por grupos de antigüedad, la auto valoración como especializado va aumentando con la antigüedad, constituyendo un 31% para los menores de 10 años; 35% para aquellas entre 10 y 20 años y 44% para los mayores de 20 años de antigüedad como médicos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Al interrogante sobre qué entiende por un cirujano especializado, si es aquel que limita exclusivamente su ejercicio a una especialidad o su docencia; o es aquel con título o certificado que tiene preferencia por ese ejercicio, pero además es capaz y abarca en su práctica otros sectores o especialidades de la Medicina, como las del trabajo, la

Gráfico 4.16.- Definición de cirujano especializado

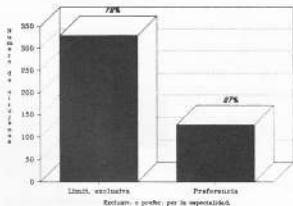


Gráfico 4.17.- Relación entre años de médico y definición de cirujano especializado

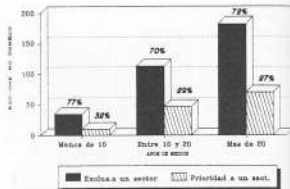
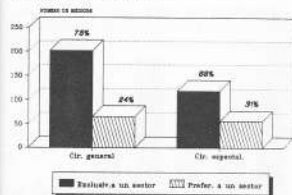


Gráfico 4.18.- Relación entre autovaloración como cirujano general y definición de especialista.



legal etc. (gráfico 4.16).

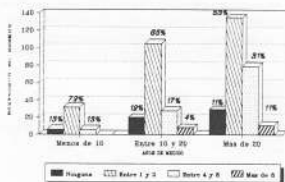
El 73% interpreta que el concepto de cirujano especializado debe llevar la connotación de exclusividad en el ejercicio de la especialidad sólo compatible con la docencia.

El estudio de estas respuestas de acuerdo a grupos por antigüedad muestra un porcentaje ligeramente más elevado 77% para los menores de 10 años, 70% para los entre 10 y 20 años y 72% para los mayores de 20 años, lo cual no tiene significación estadística. (Gráfico 4.17).

El estudio de esta respuesta en relación al grupo de autovalorados como cirujanos generales o como especializados (Gráfico 4.18), muestra que quienes definen al especialista a aquél con dedicación exclusiva, existe mayor proporción entre los cirujanos generales que entre los propios especialistas.

Si bien la diferencia no es significativa daría la impresión que los cirujanos generales no desean que los especializados salgan de su área de incumbencia y los especializa-

Gráfico 4.19.- Cantidad de revistas recibidas por los cirujanos encuestados



dos no desean tanto hacer sólo eso. Dicha respetable opinión mayoritaria, debería ser reflexionada toda vez que de los informes recabados a las sociedades de cada especialidad sobre la dedicación exclusiva de sus miembros, no se infiere justamente que ello sea una realidad.

4-5 Su actualización en la especialidad

Para investigar el esfuerzo o la actitud del cirujano para la actualización de sus conocimientos, se interrogó sobre el número de revistas que recibe de la especialidad personalmente o en la institución donde trabaja y el número de congresos a que asiste anualmente.

Las respuestas informaron que el 59% recibe entre 1 y 3 publicaciones, el 24% entre 4 y 8 y un 4% más de 8.

Es preocupante que en una muestra seleccionada como la presente, exista un 13% que no recibe ninguna.

Estudiada la variable en relación a grupos de antigüedad Gráfico 4.19 se observa que el número de publicación-

Gráfico 4.20.- Número de congresos a que asiste un cirujano por año.

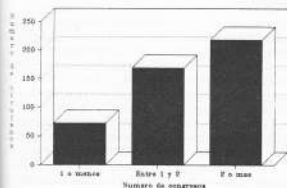
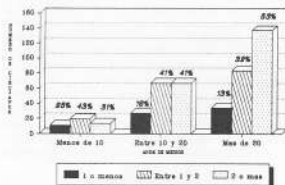


Gráfico 4.21.- Relación entre años de médico y asistencia a congresos de cirugía.



nes recibidas aumenta sensiblemente con la antigüedad en el ejercicio profesional.

Se demuestra que existe diferencia altamente significativa entre los menores de 10 años y los otros dos grupos.

Similar resultado expresó la encuesta sobre la existencia promedio a congresos, donde la mayoría respondió

asistir a 1 o más (82 %) pero existió un porcentaje del 16% con 1 o menos de 1. Gráfico 4.20.

La relación de esta variable con la antigüedad en el ejercicio profesional demostró, tal como ocurrió con las publicaciones, marcado aumento con la antigüedad. Gráfico 4.21.

V- LOS SERVICIOS DE CIRUGIA

5-1 SU DEFINICIÓN

De acuerdo a la metodología expuesta como norma general a este relato es imprescindible, para tratar el tema, establecer una definición clara, sobre que es, o que entendemos todos, hoy, por un Servicio de Cirugía.

Y como es habitual, a poco de reflexionar sobre cosas que aparentan ser obvias, se descubre que ello no es nada sencillo, no obstante haber sido todos formados y ejercer habitualmente, en aquello que sin mayor meditación, denominamos servicios de cirugía.

Se interpreta que tal dificultad reconoce en principio dos motivaciones. En primer lugar, que los servicios de cirugía se constituyeron como una necesidad ante demandas asistenciales muy particulares de acuerdo a diferentes grupos poblacionales, fuentes de recursos, sistemas de atención etc., y no a un plan predeterminado. En segundo lugar, que esas necesidades asistenciales y sus determinantes, han variado a través del tiempo y tampoco han sido ni son únicas, en los distintos períodos y localizaciones geográficas.

Han sido diferentes los servicios de cirugía a través del tiempo y hubo distintos tipos de servicios en cada tiempo y cada vez existen más. Los hay generales o poliespecializados y mono-especializados; de dependencia oficial en hospitales universitarios, nacionales, provinciales o municipales, o de dependencia privada en instituciones de beneficencia, de obras sociales y mutuales o de capitales privados; con sistemas remunerativos con asignación mensual en relación de dependencia o con pago por prestación; con rígidos niveles y estructuras que establecen responsabilidades, funciones y niveles de decisión y otros donde apenas se distingue un nivel jerárquico; con estructuras físicas y recursos bien diferenciados u otros totalmente integrados e indistinguibles del resto de la institución asistencial (internación indiferenciada, quirófanos centrales, etc.) salvo los propios cirujanos; con funciones docentes de pre y postgrado o sin ellas.

En resumen, la solución para responderse qué es un

servicio de cirugía en la actualidad, es encontrar una definición que abarque de la manera más general a la mayoría de las entidades que se han denominado y hoy se denominan Servicio de Cirugía.

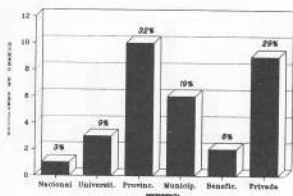
En tal sentido es aceptable establecer, como característica común a todos ellos, que son organizaciones, o sea asociaciones de dos o más cirujanos, dotados de recursos propios o compartidos, regidos por normas de: atención quirúrgica, ingreso y selección de recursos humanos, actualización y perfeccionamiento de conocimientos, docencia e investigación básica o clínica, auditoría interna, control de gestión, registro de datos, etc. cuyo objetivo es permitir el ejercicio profesional quirúrgico, o sea efectuar acciones diagnósticas o terapéuticas de índole quirúrgico con la mejor calidad posible.

Es evidente que cuanto más organizado y estructurado sea un servicio, tanto más se aproximará al ideal del concepto de aquél y cuanto menos tenga de ello, más se alejará del verdadero concepto de servicio hasta perder su misma identidad.

No se pretendió establecer un piso mínimo de condiciones, para definir un servicio de Cirugía General, por considerar que no correspondía a este relato. El único objeto perseguido fue delinear un concepto tal, que permitiera conformar un modelo ideal o deseable, capaz de actuar como punto de comparación con los infinitos modelos reales.

Debe mencionarse como única documentación escrita referida a definiciones sobre un servicio de Cirugía, los "parámetros para la evaluación categorización y acreditación de servicios de cirugía general" elaborados por la Asociación Argentina de Cirugía. Si bien en ellos no se expresan definiciones concretas, al menos enumeran los ítems evaluables y por lo tanto deseables que existan en un servicio de cirugía. Su conjunto, de alguna manera, esboza las características principales que debe reunir un servicio, pero evidentemente no abarca todos los aspectos inherentes a la estructura y funcionamiento de un servicio y responde exclusivamente, a la concepción particular de

Gráfico 5.1 - Dependencia institucional de los servicios



tipo de servicio, que tuvieran sus autores, con independencia del modelo real que se presenta con mayor frecuencia.

En base a estos conceptos o definiciones se investigó las características de los servicios de cirugía, que se presentan a continuación.

5.2 Su estado actual

La información que se presenta es el producto de una encuesta efectuada a la totalidad de los servicios inscriptos en la Asociación Argentina de Cirugía.

Ellos suman aproximadamente 90, ubicados en cualquier punto del país. Respondieron en tiempo y forma 31, constituyendo esos datos la fuente de la información presentada a continuación.

Debe considerarse que dicha inscripción en la Asociación es absolutamente voluntaria y en general el paso previo a la solicitud de acreditación de servicios por parte de cada uno de los mismos. La acreditación es un proceso de evaluación que ofrece la Asociación Argentina de Cirugía a aquellos servicios que voluntariamente lo soliciten.

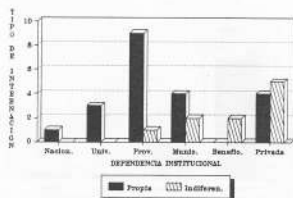
Estas consideraciones previas son imprescindibles, pues de alguna manera determinan la calidad de la muestra estudiada, que dadas las condiciones referidas, no puede ser admitida como un promedio o media de las características de los servicios en general, sino presuntivamente una muestra de los mejores.

Aspectos administrativos organizativos y de producción

El primer aspecto estudiado fue la dependencia institucional de los servicios. (Gráfico 5.1).

Es evidente que la mayoría de lo que hoy y probablemente siempre ha sido considerado como servicio de cirugía, ya sea dependencia estatal, nacional, universitaria,

Gráfico 5.2: Relación entre dependencia institucional y tipo de internación



provincial o municipal. Ellos constituyen el 65% de los encuestados, correspondiendo el 35% restante a la suma de las dependencias privadas o de instituciones de beneficencia.

La investigación sobre la posesión de internación propia o diferenciada, demostró un 70% de internación propia y un 30% de indiferenciada, para la totalidad de los servicios. Cuando ello se discriminó de acuerdo a la dependencia (Gráfico 5.2) se observó que tiene fuerte relación con esa variable, toda vez que la internación indiferenciada para los servicios de cirugía es una particular característica de los institutos de beneficencia o privados, constituyendo prácticamente una rareza en los establecimientos públicos.

Se investigó la existencia de uno o más servicios de cirugía general en el mismo hospital resultando de las respuestas que el 86% de la muestra posee sólo uno y hay un 13% con dos, ocurriendo ello en 2 de los 3 establecimientos universitarios, en uno de los dos de beneficencia y en uno de los ocho privados.

Gráfico 5.3: Relación entre dependencia institucional y tipo de quirófanos

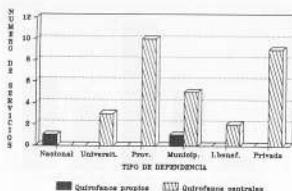
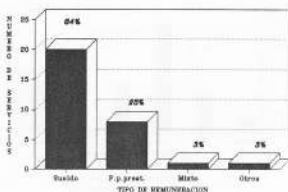


Gráfico 5.4- Sistema de remuneración de los cirujanos en los servicios de cirugía



un 13% con dos, ocurriendo ello en 2 de los 3 establecimientos universitarios, en uno de los dos de beneficencia y en uno de los ocho privados.

En relación a la existencia de quirófanos propios o centrales, la gran mayoría o (93%) demostró poseer quirófanos centrales.

Cuando ello se relacionó con la dependencia institucional, se puso en evidencia que la minoría con quirófanos propios, corresponde al sector público en los subsectores nacional o municipal (Gráfico 5.3).

El sistema de remuneración a los cirujanos en los servicios estudiados demostró que el 69% es mediante sueldo y el 24% por pago por prestación. Gráfico 5.4.

Su relación con la dependencia institucional, pone de manifiesto que ello es debido a la preponderancia de servicios públicos en la muestra, pues en ellos, que son la mayoría, el pago por prestación es una rareza y en los privados, tal condición la asume la remuneración por sueldo (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.6- Promedio mensual de intervenciones de cirugía mediana o mayor

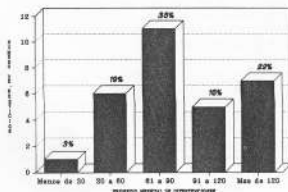
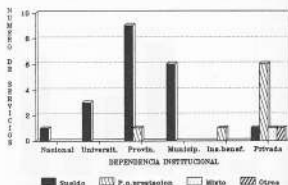


Gráfico 5.5- Relación entre dependencia institucional y remuneración de los cirujanos



Con el objeto de tener una idea de la magnitud de trabajo en los servicios, se investigó el número de intervenciones de cirugía mediana y mayor, mensuales.

Los resultados (Gráfico 5.6) demuestran que el mayor número de servicios está entre 60 y 90 intervenciones mensuales, un 17% entre 90 y 120 y el 20% por encima de las 120 intervenciones por mes.

El estudio de la relación entre la dependencia y la frecuencia de intervenciones mostró que menos de 30 sólo se observó en el sector de beneficencia, distribuyéndose los demás grupos, tanto en el sector público como en el privado (Gráfico 5.7).

Para conocer el mecanismo de selección de personal, se interrogó sobre la existencia de concursos de ingreso.

Las respuestas demostraron que existen concursos siempre en el 55%, a veces en el 27% y nunca en el 17%.

La relación con la dependencia de la institución mostró que en el sector privado, es donde menos concursos se

Gráfico 5.7- Relación entre dependencia institucional y promedio de intervenciones por mes

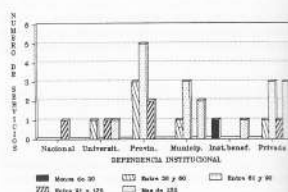


Gráfico 5.8 - Relación entre dependencia institucional y cobertura de cargos por concurso

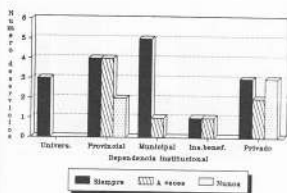


Gráfico 5.9 - Dependencia institucional y días de estada por paciente

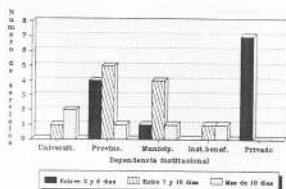


Gráfico 5.10 - Relación entre dependencia institucional y secciones o departamentos

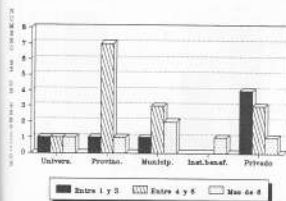
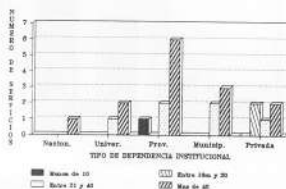


Gráfico 5.11 - Relación entre dependencia institucional y número de camas del servicio.



efectúan para seleccionar a los cirujanos (Gráfico 5.8).

El promedio de días de estada por paciente mostró una mayoría por encima de los 7 días, con un 17% encima de los 10 días.

La relación con la dependencia institucional (Gráfico 5.9) reveló alta diferencia en el sector privado, donde ningún servicio presenta un promedio de estada superior a 10 días.

La información sobre la existencia u organización en departamentos o secciones, mostró que el 50% de los servicios posee entre 4 y 6 departamentos, el 26% entre 1 y 3 y el 26% más de 6.

El análisis de esta variable en relación a la dependencia institucional, mostró que si bien en casi todos los subsec-

tores aparecen servicios con menos de 3, entre 4 y 6 y más de 6, es en el privado donde la mayoría se ubica entre 1 y 3 y 4 y 6 departamentos, o sea a organizarse con menor número de departamentos (Gráfico 5.10). El análisis del número de camas que poseen los servicios con internación propia demostró que el 60% posee más de 40 camas y el 26% entre 21 y 40, restando un porcentaje de 12% para aquellos con menos de 20 camas. La relación con la dependencia institucional mostró que porcentualmente los establecimientos privados son los que tienen menor promedio de camas (Gráfico 5.11).

ASPECTOS TÉCNICOS Y NORMATIVOS

El tipo de cirugía que se efectúa en los servicios de

Gráfico 5.12- Tipos de intervenciones que se efectúan en los servicios

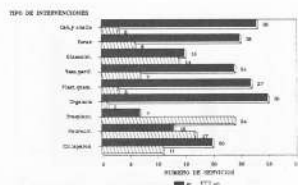
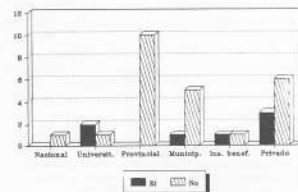


Gráfico 5.14- Relación entre dependencia institucional y ejecución de trasplantes



Cirugía General mostró que en la mayoría se realizan intervenciones sobre cabeza y cuello, tórax, vascular periférico, plástica y quemados y cirugía laparoscópica.

Constituyen a la inversa mayoría los servicios donde no hacen neurocirugía ni trasplantes.

La cirugía ginecológica se reparte casi a mitades entre los que la practican y quienes no lo hacen (Gráfico 5.12).

Estudiada la cirugía laparoscópica y la del trasplante por ser las más modernas y complejas del grupo y relacionadas con la dependencia institucional de los servicios, se observa que ambas se efectúan con mayor frecuencia en el sector privado que en el público (Gráficos 5.13 y 5.14).

El estudio del número de cirujanos certificados o sea con título de especialista por servicio, permite obtener una idea sobre la magnitud del recurso humano de cada uno de ellos y por ende una inferencia sobre su tamaño o importancia.

Los resultados obtenidos demuestran que el 53% posee menos de 10 cirujanos certificados y que el 83% de los

Gráfico 5.13 - Relación entre dependencia institucional y práctica de cirugía laparoscópica

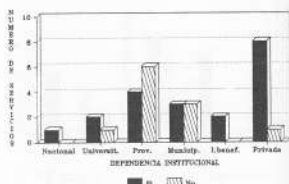
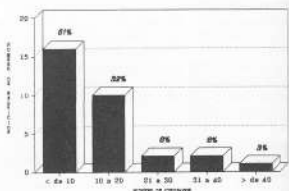


Gráfico 5.15 - Número de cirujanos certificados por servicio



mismos no supera los 20 (Gráfico 5.15).

Este, como otros parámetros indicadores del tamaño de nuestros servicios, permite conformar la idea de que en general los mismos en su mayoría son pequeños, al menos comparados con aquellos que poseen gran número de camas, gran número de intervenciones o superan los 30 ó 40 cirujanos certificados.

La investigación sobre la existencia de normas explícitas de ingreso, de diagnóstico y de tratamiento, así como su actualización anual, demostró de manera general su existencia en el 60 ó 70% de los mismos y su efectiva actualización anual en el 50 ó 60% de la totalidad de los servicios (Gráficos 5.16, 5.17 y 5.18).

ASPECTOS EDUCATIVOS

Las actividades educativas de los servicios de cirugía podrían ser divididos en dos grandes áreas, las autoeducativas o de autoformación y las docentes sean de pre-

Gráfico 5.16-Existencia y actualización anual de normas de ingreso

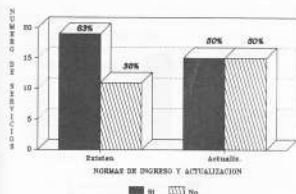
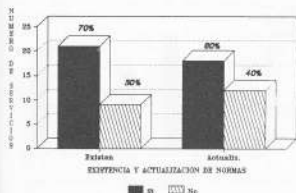


Gráfico 5.18- Existencia y actualización de normas de procedimientos terapéuticos



postgrado o residencia.

Entre las primeras y de acuerdo a las actividades tradicionales de los servicios, merecen destacarse: los comités de historias clínicas, el índice de autopsias, los ateneos bibliográficos, los ateneos anatomoclínicos, los ateneos bioéticos, la cirugía experimental, la recepción de revistas de la especialidad, las conferencias de invitados especiales, etc.

Debe señalarse como actividades autoeducativas novedosas y trascendentes en la actualidad, el desarrollo de las áreas de estadística y análisis de datos y la actualmente denominada cirugía teórica (de la cual nos ocuparemos más adelante).

La investigación de las actividades autoeducativas tradicionales tal como fueran señaladas demostró que un 34% de los servicios encuestados no posee comité de historias clínicas; un 65% efectúa autopsias rara vez o no lo hace nunca; el 51% no efectúa cirugía experimental; el 51% no efectúa ateneo bioéticos, el 24% no recibe la revista de la Asociación Argentina de Cirugía, ni ninguna

Gráfico 5.17 - Existencia y actualización de normas de procedimientos diagnósticos

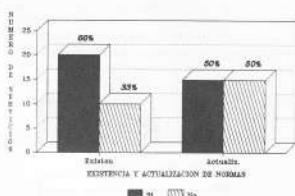
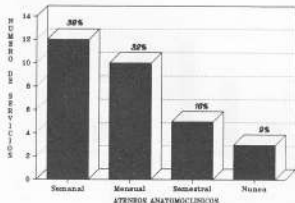


Gráfico 5.19 - Se efectúan ateneos anatomoclínicos?



otra de la especialidad; que el 27% hace un ateneo anatomoclínico por semestre o ninguno Gráfico 5.19 y que los ateneos bibliográficos se efectúan con frecuencia semanal en el 62% mensual en el 20% y semestral o nunca en el 17% de los servicios.

La investigación de la relación entre la dependencia institucional de los servicios y el número de autopsias, sólo mostró diferencia significativa para los hospitales universitarios, donde domina la ejecución de autopsias con frecuencia, frente a todo el resto sean provinciales, municipales o privados, donde lo más frecuente es que se efectúen rara vez o nunca (Gráfico 5.20).

La investigación de las actividades docentes, sean de pre, postgrado o residencia demostró que el 80% de los servicios poseen programas de residencias, en tanto que en menores porcentajes (63 y el 61), desarrollan programas de enseñanza de pre y postgrado respectivamente (Gráfico 5.21). El estudio de la relación entre la dependencia institucional del servicio y la existencia de docencia, permite concluir que la enseñanza del pregrado es una característi-

Gráfico 5.20- Relación entre dependencia institucional y número de autopsias

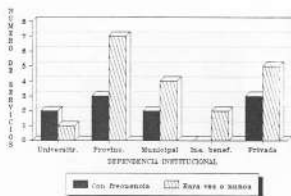


Gráfico 5.21 - Existencia de docencia de pre, postgrado y residencia

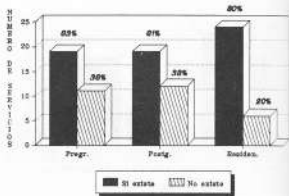


Gráfico 5.22- Relación entre dependencia institucional y docencia de postgrado

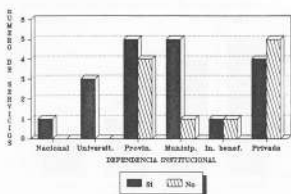


Gráfico 5.23 - Relación entre dependencia institucional y docencia de postgrado

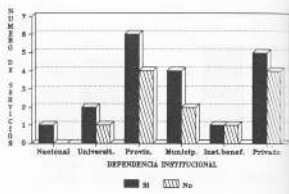
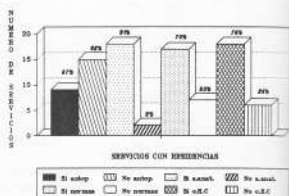


Gráfico 5.24 - Relación entre residencia y actividades educativas



Gráfico 5.25 - Relación entre residencia y actividades educativas



ca constante en los servicios universitarios, de casi todos los municipales, pero que se reparte por partes iguales entre

quienes la desarrollan y quienes no lo hacen, en los establecimientos provinciales, de beneficencia o privados (Gráfico

co 5.22).

El análisis de la relación entre dependencia institucional y docencia de postgrado mostró tendencia similar a la anterior, o sea a efectuarse con alta frecuencia en servicios universitarios o municipales y aproximadamente en el 50% de los casos en servicios de dependencia provincial, de beneficencia o privados (Gráfico 5.23).

VI-LOS ADELANTOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS

Si se pretende inferir el futuro, también es imprescindible tener en cuenta los avances científicos y tecnológicos en desarrollo relacionados con el tema.

No es la intención alcanzar una exposición completa, ni siquiera muy profunda sobre los mismos, en razón de las limitaciones de información en que pudiera incurrir, por tratarse en general de disciplinas distintas a la medicina y muy especialmente, por las dificultades ya personales en su comprensión y peor en su explicación, debido a su origen y temática, a veces totalmente distintos a nuestra materia. No obstante ello y apelando a vuestra benevolencia, enumeraré e intentaré referir, algunos desarrollos científicos y tecnológicos que sin duda, algún día, y todo ocurre cada vez más rápido, impactará a la medicina, a la cirugía, a los cirujanos y a los servicios de cirugía.

En primer lugar los avances en el desarrollo y la generalización de la ciencia misma, o sea de la metodología científica o de la epistemología o teoría del conocimiento, todo lo cual es lo mismo.

El prodigioso avance de la ciencia teórica y sus resultados o sea la técnica, ha generado un poderoso avance de su metodología y su fundamento teórico, la teoría del conocimiento.

Cuando debemos ubicar a nuestra ciencia en esa grosera clasificación de exactas o humanistas o duras o blandas, es innegable, que con particularidades muy propias, debemos excluirla de las exactas. Para sumar aún más argumentos, en general se confunde nuestra ciencia con nuestro ejercicio profesional y a él, unánimemente se lo mimetiza con el arte, con lo cual nuestra ubicación en la clasificación mencionada, es inapelable.

Ocurre que el fantástico desarrollo de la medicina moderna, desde la genética a los trasplantes o por donde se la mire, se fundamenta, nutre y desarrolla, en base a los avances de las otras ciencias, pero igualmente de sus metodologías o epistemologías. Ya no cabe ciencia sin el método científico más sólido posible, y eso trasciende a la nuestra, la medicina.

Por tanto cuando hacemos o ejercemos ciencia médica, tenemos la obligación de actuar, en base a fundamentos

Del análisis de las respuestas sobre existencia de residencias según dependencia institucional se observó que existe en el 100% de los universitarios, en el 25% de los provinciales, en el 50% de los municipales, en el 100% de los de beneficencia y en el 33% de los privados.

La relación entre residencia y actividades autoeducativas se analiza en los gráficos 5.24 y 5.25.

científicos, pero además recorriendo un método científico correcto en el proceso de toma de decisiones. Tenemos la obligación de reflexionar y por tanto conocer todos los pro y los contra, pero además los numerosos caminos, senderos o árboles de decisiones existentes, para elegir la más eficaz de las acciones posibles. Para ejemplificar algo más, cada decisión, debería tener un algoritmo cuidadosamente meditado para cada caso particular.

Así como ya no existe más esa intangibilidad e incuestionabilidad de las decisiones, conductas o concepciones del "Jefe" nuestro o del "Patrón" francés, que muchos conocimos, desaparece a velocidad inusitada esa incuestionabilidad y sacramentalidad de la decisión médica o quirúrgica del profesional, respecto de la conducta que se debe tomar con el enfermo. Es una obligación ya legal explicar al paciente el qué, el porqué de lo que se le hará, las alternativas posibles, sus probabilidades de éxito, sus secuelas y además, es su derecho, elegir la más acorde a sus valores, sentimientos y preferencias personales. No sólo hay que saber operar. El elegir sí o no operar y qué operación, requiere aplicar un cuerpo de conocimientos teóricos de metodología científica en la toma de decisiones, que antes era el patrimonio innato de los mejores, pero ahora se transforma en una obligación de todo aquél que efectúe buena medicina, o sea lo único que se puede hacer, so pena además de la condena institucionalizada de la sociedad.

Esto, sistematizado y obligatorio en el ejercer diario podría parecer a algunos una novedad, en nuestra propia cirugía ya tiene nombre, departamento especializado y cirujanos que no operan, pero se especializan en tomar las mejores decisiones en apoyo de quienes lo hacen.

Es la "Cirugía Teórica" de la cual el primer departamento especializado existente, de acuerdo a la bibliografía consultada, se creó en los primeros años de la década del 70 y se desarrolló velozmente hasta la actualidad en una clínica universitaria de Marburg (Alemania), bajo la denominación de "Institut of Theoretical Surgery".

Lorenz⁶⁵ define a la cirugía teórica como "Un sistema no operatorio de análisis de decisiones e investigación

básica y clínica, de apoyo a la cirugía".

En nuestro país, justo es recordar, que esta novedosa disciplina ha sido propuesta y publicada por Beveraggi y colaboradores⁴.

No entraremos aquí en el análisis de si constituye o no una especialidad, que fue tratado en general extensamente en otro capítulo, lo trascendente es saber que existe y qué es ella. Si la comprendemos, podremos usarla como una gran ayuda o negarla por inútil, de lo contrario desconoceremos hasta su existencia, o sea, seremos inconscientes de nuestra propia ignorancia.

En lo que hace a los avances tecnológicos, se hará referencia a cuatro aspectos, que innegablemente incidirán en el futuro de nuestra materia. Son ellos la nanotecnología, la telecirugía, la telerobótica y la telepresencia.

La nanotecnología

En mi concepto es la más alucinante de las novedades. Etimológicamente significa la tecnología de la magnitud nano (cuyo símbolo es n) cuya dimensión aplicada a la longitud, es metro⁻⁹, es decir la cienmillonésima parte del metro. Se me ocurre de interés exponer en el cuadro adjunto la escala completa de unidades micrométricas del sistema decimal, para que cualquiera de nosotros cirujanos la tengamos en un rincón de la biblioteca, por lo que pueda ocurrir justamente en el futuro.

Unidades micrométricas de longitud

Denominación	Dimensión	Símbolo
Mili (metro)	- 3	m
Micro(metro)	- 6	μ
Nano (metro)	- 9	n
Pico (metro)	-12	p
Femto (metro)	-15	f
Atto (metro)	-18	a

Esto es aplicable igualmente a otras dimensiones, como el volumen por ejemplo.

Con referencia a esta alucinante existencia de dimensiones tan distantes a nuestras percepciones del mundo circundante, es recomendable la lectura de la obra "Potencias de diez" de Morrison⁷³, que ilustra en la realidad, la utilidad y la necesidad de esas magnitudes, desde 10+25 hasta 10-25.

En el concepto de Fahy³⁵ la definición de nanotecnología es la siguiente: "La nanotecnología molecular involucra la posibilidad de fabricar objetos con especificaciones atómicas precisas. Un postulado central de la misma es que cualquier estructura u objeto que pueda ser especificada es decir perfectamente caracterizada o individualizada por sus átomos, y que no viole las leyes físicas, puede ser

construida. Tres caminos conducen o aproximan a la nanotecnología molecular: la "probe technology" o sea los avances de la microscopía de tunneling scanning, la biotecnología y la química supramolecular". Creo que merece exponer alguna referencia histórica o etiológica del tema, para facilitar su comprensión.

El premio Nobel de física Richard Feynman se refirió al problema en 1959 en el sentido de que usando átomos y moléculas como medios de almacenar información o partes de máquinas, se podría alcanzar resultados interesantes. Por ejemplo, calculó que los 24.000.000 de volúmenes de libros de información conocidos en 1959, podrán ser almacenados en un cubo de 0,51 mm, de lado; si uno pudiera representar un bit de información con 100 átomos de metal. También descubrió que las células vivas tienen esta capacidad no solo para codificar información hereditaria en el grado de 1 bit por cada 50 átomos en el ámbito del núcleo celular, sino que además dicha capacidad, la utilizan para efectuar muchas otros productos complejos. Lo que Feynman no pudo descubrir fue como encarar la construcción de estas pequeñas máquinas, utilizando herramientas macroscópicas.

Eric Drexler encontró una respuesta al problema. Comenzó su interés en esta área como ingeniero volcado a las complejidades de la bioquímica. Descubrió que las moléculas tales como las enzimas, son en realidad máquinas, que demuestran que la ingeniería, la manipulación y la fabricación de las mismas son posibles a nivel molecular. Concibió la idea de diseñar máquinas moleculares análogas a las enzimas y ribosomas, que a su vez fabricarían otras máquinas moleculares más complejas que producirían nuevas aún más capaces y así sucesivamente.

Concretamente Drexler descubrió que la naturaleza puede ser mejorada. Las células vivas humanas especifican 30 x 10⁹ base pairs (bp) de información genética, o aproximadamente 400 Mbytes, en el volumen de un solo núcleo, una densidad de información de -6Mbytes/μm³, o 6 x 10¹⁸ bytes/cm³, lo cual es tanto como 3x10¹² del disco rígido de cualquier computadora personal. Sin embargo no es el mejor sistema posible de almacenamiento de información. Con un diseño apropiado, la información puede ser guardada en el rango de alrededor de 6 átomos por bit, en un polímero de carbono, si pudiera usarse un átomo de hidrógeno representando 0 y un átomo de fluor en un carbono adyacente representando 1.

Esto se traduciría en procesadores de mesa (desktop processors) que almacenarían alrededor de 6x10²⁰ bytes/cm³ y funcionarían a una velocidad entre 10²⁰ y 10²⁶ operaciones por segundo.

Algunas cosas muy trascendentes o fantásticas pueden provenir del pensar o reflexionar en cosas muy pequeñas Fahy³⁵.

Es obvio señalar que la temática precedente que por sus características técnicas, solo nos permite alcanzar un nivel de conocimiento, no se si llamarlo pedestre, intuitivo o

subliminal. Pero afortunadamente está tratada en un nivel mucho más de divulgación científica, por A.K. Dewdney³¹ en un artículo, que yo considero todos deberíamos leer y no me refiero solamente a los médicos o los cirujanos, pues lo considero uno de los progresos trascendentes del género humano. Permítaseme entonces transcribir algunos párrafos.

Dice Dewdney: "Será posible algún día que máquinas del tamaño de una mitocondria sean inyectadas en el cuerpo humano? Estas máquinas microscópicas pueden ser producidas para actuar como pequeñísimos submarinos vasculares, que destruyan microorganismos dañinos o depósitos de grasa del sistema circulatorio. Esas minúsculas máquinas, son en parte la invención de K. Erick Drexler, un asistente invitado al departamento de computación de la Universidad de Stanford.

Desde hace más de una década ha estado produciendo las heliografías de la nanotecnología, un revolucionario concepto de la mecánica en la dimensión del nanómetro (una billonésima parte del metro).

El ha diseñado engranajes y cojinetes de dimensiones atómicas y ha descrito la manipulación molecular. Hasta expuso la lógica de una nanocomputadora, la pieza central del tema.

Drexler cree que un paso clave en el desarrollo de la nanotecnología, es la creación de ensambladores, pequeñas máquinas que pueden guiar las reacciones bioquímicas mediante la manipulación de las reacciones moleculares. Programadas para efectuar ciertas y determinadas tareas, los ensambladores podrían producir máquinas específicas como si fueran líneas de montaje en miniatura.

Cada hora, fábricas enteras no más grandes que un grano de arena, podrían generar billones de máquinas que parecerían ser como una masa de polvo saliendo constantemente de las puertas de la fábrica o como una nebulosa solución suspendida en el agua.

No obstante que la nanotecnología tiene un brillo moderado en manos de Drexler y otros científicos, ella tiene un muy alto grado de predecibilidad. En el futuro, implica un grado de magnitudes más maravillosas, que no se imaginó en la ciencia ficción.

En la figura 6.1 se puede observar la reproducción efectuada por el artista de una máquina intravascular.

Relacionado con esta impactante tecnología, aunque no ya propiamente en el campo de la nanotecnología sino en el de la denominada micromecánica con magnitudes del orden de 10^{-3} ya era una realidad la existencia de un motor eléctrico como el que se ilustra en la figura 6.2. Allí puede valorarse la magnitud de dicho motor al compararlo con el ala de un mosquito.

Imaginemos lo que vendrá cuando dichos elementos propulsores sean componentes de las articulaciones de nuestros instrumentos endoscópicos o videoscópicos tal como es setá trabajando en diversos proyectos.

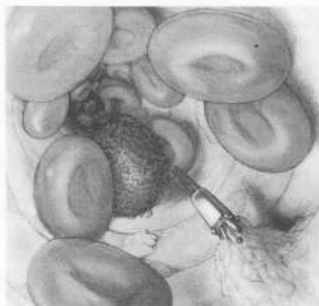


Figura 6.1.- Máquina intravascular



Figura 6.2 - Micromecánica

Telecirugía

Marescaux⁷⁰ la define así: "El concepto de telecirugía implica la interposición de una cierta distancia entre el cirujano y el paciente, con la intervención de un cierto "software" entre ambos que facilita las maniobras quirúrgicas".

La telecirugía es lo que en las centrales nucleares se denomina telemanipulación o teleoperación. Es trabajar a distancia o sea efectuar las manipulaciones a través de instrumentos manejados por el operador, mediante visión indirecta o videoimagen.

Un ejemplo podríamos decir muy primitivo es nuestra novedosa y actual videocirugía, donde operamos a distancia mediante una visión indirecta (a través de la televisión), y mediante un "hardware" especializado que reproduce a distancia los movimientos que efectuamos con nuestras manos. Pero por ese camino ya se han conseguido otros logros notables. En primer lugar la distancia puede ser infinita, porque la transmisión para reproducción de los movimientos puede ser por ondas y puede alcanzar cualquier punto del planeta o del universo.

Además, su trascendencia es notable porque esa interposición de instrumentos "software" y distancia, que para referir alguna de las tantas inferencias posibles evitaría la contaminación del operador, por ejemplo: puede también corregir y mejorar hasta la perfección, el movimiento que efectúa el operador o sea el cirujano mismo, aumentar o empequeñecer su dimensión hasta el infinito, etc. Es decir, superaría y llegaría a suplantar hasta la habilidad quirúrgica del cirujano más diestro. Una de nuestras más preciadas y valoradas cualidades.

Telerrobótica

La telerrobótica se la puede definir como: "El procedimiento en el cual el cirujano solo imparte la orden de efectuar tal o cual intervención y es entonces un robot, el que efectuaría todas las maniobras o movimientos necesarios para la misma. El cirujano no tiene ya un brazo armado, que reproduce el gesto a distancia. Este es producido independientemente, luego de impartida la orden".

Y esto no es un desarrollo teórico. La N.A.S.A. tiene un programa de telerrobótica en avanzado desarrollo, con resultados como el que trascendió en los medios periodísticos de Europa, el 30 de diciembre de 1992, Fig. 6.3 donde el artista además ilustraba el hecho inusitado, como se muestra en la Fig. 6.4

No puedo dejar de mencionar, que yo lo observé casualmente en un periódico expuesto en un puesto de

Fig. 6.3

Robot's debut as a surgeon

**Ruth Sullivan
MILAN**

debut a human back-up will monitor performance and be ready to step in if the robot suffers "stage fright". Initial operations will be very simple, such as cyst removals,

A ROBOT will make medical history in the New Year when it performs a debut operation on a living human being at a Rome hospital. This new breed of surgeon, a robot which will be operated by remote control, had a practice run earlier this month, making a one-centimetre incision on a dummy.

Fig. 6.4



revistas de la estación ferroviaria de Upsala, remota ciudad de Suecia y me causó el más profundo estupor, mezcla de azoramiento, temor y absoluta impotencia, ante mi designación como relator, justamente en el tema del futuro de la cirugía, hacia sólo dos meses: y compré el diario,

Otro ejemplo que trascendió periodísticamente, fue la colocación de una prótesis total de cadera, por parte de un robot, el cual toma los parámetros dados por la tomografía, elige el lugar y efectúa las perforaciones y coloca íntegramente la prótesis. Aquí el cirujano no tiene más un brazo armado que reproduce el gesto, sino sólo un botón que imparte la orden y es el robot y su inteligencia quien efectúa la tarea ⁷⁰.

Telepresencia

Esta puede ser definida así: "La telepresencia asocia la telecirugía y la telerrobótica. Es una telecirugía, donde el operador además de la visión de la intervención, capta todas las informaciones sensoriales que componen la imagen del acto operatorio, es decir el sonido estereofónico, la visión tridimensional, las impresiones táctiles, de manera de tener la impresión de operar "in situ".

Para llegar a este objetivo, es necesario desarrollar una imagen tridimensional excelente, una completa manipulación o telerrobótica e integrar la realidad virtual y la simulación in vivo, que permitiría predecir o programar la factibilidad del gesto previsto por el cirujano.

Esto obliga al desarrollo de endosensores, capaces de recibir todos los elementos informativos producidos en el campo operatorio: temperatura, olor, consistencia, presión, productos químicos etc., así como de endoefectores capaces de efectuar las maniobras necesarias aún con mayor precisión o en condiciones que para la mano humana serían imposibles.

En rigor de verdad, sin ser alguien particularmente dotado para la imaginación o la fantasía, es innegable inferir que todo esto implica una revolución cultural especialmente para nosotros los cirujanos.

Puede concebirse que la cirugía, cuya etimología misma proviene de kiros (manos), donde el arte de la ductilidad

y habilidad de las mismas; sus famosos y variadísimos instrumentos; su ambiente sagrado y particularísimo, el quirófano; la tensión de lo inesperado, del peligro y de la necesidad de acción presta e inmediata, no existan más?

Puede concebirse que el cirujano sea algún día exclusivamente un especialista teórico, de esa nueva disciplina ya existente "cirugía teórica", que oprima botones o ni siquiera eso, le hable a sensores, que ordenarán a los

robot, cuándo, cómo y qué operación le deben hacer a los pacientes, en cualquier lugar del mundo o aún fuera de él?

Creo que no es preciso responder. Es suficiente con estar advertido. Si me preguntaran a mí, mi respuesta inmediata sería sin duda, "No, eso yo no quiero". Claro que la reflexión posterior sería inevitable. "Si es para mejor, no podré ni deberé oponerme, tendré que adaptarme".

VII- EL FUTURO DEL CIRUJANO GENERAL

7-1 De las especialidades en general, en medicina y en cirugía en particular

El término especialidad no ofrece muchos inconvenientes en cuanto a su significado preciso, menos aún cuando se refiere a una ciencia o a las ciencias médicas en particular. Es fácil coincidir en que se denomina "especialidad" a un campo o aspecto determinado de un todo más extenso, sea ello una ciencia, un arte, una profesión, etc. Por carácter transitivo, se denomina "especialista" a aquella persona que cultiva o se dedica a ese aspecto parcial del todo que lo involucra. Como regla general, debe aceptarse también que no puede existir especialidad independizada de su ciencia o su contexto, pues dejaría automáticamente de ser tal y por tanto, todo aquel que se titule especialista, debe obligatoriamente ser antes que ello, un cultor, experto o profesional de la disciplina, la ciencia o el arte todo, que la involucra como un actor parcializado.

Tampoco es difícil investigar los orígenes de las especialidades. Ellas son el fruto, tanto en la ciencia como en el arte o en las profesiones, de la necesidad imperiosa de dividir, parcializar o limitar, para poder conocer o hacer mejor, ante el incontenible aumento de conocimientos, técnicas y procedimientos. Sin pretender indagar en profundidades filosóficas, es fácil adjudicar a René Descartes y su "Discurso del método" como el basamento sustancial de la necesidad de dividir y subdividir el todo, para avanzar en el conocimiento o en la profesionalidad.

Hasta aquí, el discurso sobre la especialidad parece no poner reparos, ni generar inconvenientes. Sin embargo algún espíritu inquieto ya podría objetar que no siempre el dividir y subdividir conduce al mejor conocimiento del todo, pues ya no es secreto para nadie que el conocimiento memorizado de las partes en modo alguno arriba siempre a la comprensión del todo. Un conjunto es siempre algo más que la suma de sus partes. Ese algo más es al menos las interacciones de cada parte en cuanto integran un todo. Si entramos ahora al campo de la ciencia médica, nuestro primer inconveniente será definir a ella misma, y rápidamente aceptaremos que se vale de un conjunto de ciencias

cada vez más grande, que se ocupa de la salud del hombre y la sociedad. Sin ahondar mucho en esta definición, acepiemos que su objetivo específico, la salud del hombre, es el distintivo especial que la diferencia de las otras disciplinas que involucra tales como la física, la química, la biología, etc. Y de aquí surge fácilmente un interrogante, si de especialización se trata; si el concepto de parcializar o subdividir para aprender tiene ciertas objeciones en algunos conjuntos, en el hombre como conjunto, no cabe duda que el inconveniente es superlativo, ya que un organismo vivo es mucho más que la simple sumatoria de sus constituyentes, y en el organismo hombre tal presunción es inimaginable.

Hasta aquí hablamos de la ciencia médica y no obstante lo apuntado, es innegable la existencia de especialidades y especialistas en las ciencias médicas tales como anatomistas, fisiólogos, neurólogos, cardiólogos, etc.

Pero es un grave error confundir ciencia médica con profesión médica. La profesión médica, es decir el ejercicio de la medicina, no es lo mismo que la ciencia de la cual se nutre. Con frecuencia y con razón se dice que ella tiene mucho de arte. También aquí y quizás con mayor razón existen especialidades y especialistas, pero ellos son del ejercicio profesional no de la ciencia médica. Por definición no pueden ser las mismas. Qué lugar tendría un anatomista (especialista de la ciencia médica) en el ejercicio de la profesión?; que podría hacer de anatomía a un paciente, salvo que lo opere. Pero le haría entonces cirugía. O qué haría un cirujano de mano (de su ejercicio profesional) en un laboratorio, salvo que haga anatomía o fisiología u otra ciencia.

Además existe otra diferencia fundamental. En todas las especialidades, cuando uno se refiere al especialista, presupone además del dominio y ejercicio de la especialidad, habitualidad en dicho ejercicio. Ello parece obvio y no configura limitante alguna en el caso de las especialidades de la ciencia, pues depende de la voluntad y/o posibilidades más o menos costosas de ejercerla.

Pero en el caso de las especialidades del ejercicio profesional, si compartimos el concepto de habitualidad

que es innegable, no basta que alguien se haya capacitado como especialista, además tiene que ejercerla y para ello necesita individuos susceptibles o enfermos de eso. En las especialidades de la ciencia, como la fisiología por ejemplo, los medios y materiales pueden ser más o menos costosos pero se pueden adquirir; sin embargo, tuberculosos o leprosos, o enfermos de la mano puede no haber, o haber tan pocos que impidan la mínima habitualidad suficiente como para que exista un especialista del ejercicio profesional en esa área o lugar.

Hicimos hasta aquí un análisis genérico de la especialización en general y en medicina en particular que es también absolutamente aplicable a la cirugía.

Es necesario reconocer que el proceso de especialización en la ciencia médica o en la profesión médica es más amplio y variado que el de cualquier otra profesión o disciplina. Ninguna ciencia ostenta setenta u ochenta especialidades y mucho menos del ejercicio profesional.

Es por ello necesario reflexionar y profundizar sobre que determinantes concretos, han impulsado la especialización en el ámbito del ejercicio profesional médico.

La especialización en medicina y en cirugía, mucho más que en el resto de las profesiones, es utilizada como casi la única forma de jerarquización profesional. En la práctica no existe para el médico otro camino para agregar otro peldaño a su título de médico, que el transformarse en especialista o en profesor, que es otro especialista, pero de las ciencias médicas y no del ejercicio profesional, aunque a veces coincidan.

También la especialización y sobre todo en el ejercicio privado o de la seguridad social, es la única vía factible para incrementar su remuneración o acceder a facturar prestaciones específicas en general más costosas.

Los sistemas de atención están estructurados de tal forma que no cuenta su antigüedad, ni su experiencia por años que acumule, ni sus antecedentes en producción científica, ni su actuación académica, ni su producción bibliográfica, sino agrega a su curriculum el rótulo de "especialista en..."

El Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas que constituye en esencia solo el "precio oficial" de cada prestación, pero sobre el cual se estructura casi toda la facturación médica, privilegia de tal modo la especialización, que no solo adjudica valores superlativos a ciertas prácticas especializadas, sino que además limita la facturación de todas las prestaciones médicas y con ello indirectamente el ejercicio de la medicina, salvo las consultas, a éste o aquél especialista.

La carrera profesional hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, seguramente el escalafón que abarca el mayor número de profesionales médicos en el país, estructura todo su andamiaje, salvo la antigüedad, por especialidad. No es posible acceder casi a ningún cargo sin especialización y no existe ninguna función que no esté

reservada a especialistas en algo. Es tan fantástico el privilegio, que si se concursara un cargo de neonatólogo, un pediatra de cualquier mérito y antigüedad sería considerado sin antecedentes, por ser de otra especialidad.

Estas situaciones y otras que harían interminable la exposición, hacen que la especialización en el ejercicio profesional haya dejado lejos, tan lejos que ni los recuerda, los principios u objetivos filosóficos de conocimiento o profesionalidad de los cuales tomó origen y que hiciéramos referencia al iniciar estas consideraciones.

Los objetivos reales por los que un profesional accede hoy a una especialidad son:

- La posibilidad de facturar y con ello la de ejercer realmente la profesión y actuar dentro del sistema de obras sociales.
- La expectativa de acceder a un cargo o escalar algún peldaño de función en un escalafón hospitalario.
- La chance de obtener una plaza en un padrón de arancel diferenciado o un espacio en un sistema calificado de prepago.

Los objetivos reales por los que hoy se solicita la creación de nuevas especialidades en el ámbito del ejercicio profesional (hay registradas 70 en el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires) son:

- La limitación del ejercicio o de ciertas prácticas a los que detentan esa determinada especialidad, excluyendo a los otros.
- Obtener una nueva función, creando así un nuevo puesto reservado a esa especialidad, en el escalafón de carrera hospitalaria.
- Poder exhibirse como especialista, para captar una clientela que se dispersa entre el resto de los profesionales.

Ha sido tan decisivo el incentivo otorgado a la especialización en medicina y como consecuencia tan desarrollada la formación de profesionales en las distintas ramas, que hoy estamos ante la paradoja de que somos formadores de especialistas entre graduados extranjeros de países con convenio de reciprocidad y no justamente latinoamericanos, ya que el procedimiento de graduación en sus respectivos países es mucho más limitado y estricto.

Y volviendo el comienzo donde pocas dificultades apuntábamos al tema especialización, merece explicar que si bien poco cuesta definir el término adjudicándole un campo delimitado de una ciencia o un todo, debemos reconocer que en el ejercicio profesional de la medicina no existe, a pesar de lo extenso de nuestra literatura, una sola página que delimite siquiera, cuales son los límites de esas partes que configuran las especialidades del ejercicio pro-

fesional.

El único documento que describe que es lo que puede "facturar", no hacer un profesional, es esa lista de precios denominada Nomenclador Nacional, confeccionada por el ente regulador de las obras sociales, sin participación de los especialistas mismos.

Ningún documento de las entidades que gobiernan la matrícula nacional o provincial establecen los límites o las incumbencias o las áreas de ejercicio profesional entre la pediatría y la neonatología o entre la cirugía vascular periférica y la flebología o entre la obstetricia y la ginecología o entre la cirugía cardiovascular y la cirugía vascular periférica o lo que sería anterior entre la medicina, que debería ser previo a todas y cualquiera de ellas. Conviene recordar, que si cualquiera de ellas olvidara su condición de médico o de medicina, dejaría de ser una especialidad.

Y en realidad es una suerte que no se haya escrito, porque tal como se subdividen hoy las especialidades médicas y quirúrgicas, esas diferencias no existen, o lo que es lo mismo, los especialistas ejercen mal o bien dos, tres o muchas más de ellas, con o sin certificación respectiva.

La experiencia recogida en la encuesta efectuada sobre incumbencias de las especialidades quirúrgicas referidas en el capítulo 2 de este trabajo, es una muestra fiel de las profundas divergencias existentes entre los cirujanos mismos, respecto del área de acción de cada una de ellas. Ello es una muestra fehaciente de que el proceso de especialización, o mejor dicho de creación o formación de especialidades, se desarrolló con independencia de la realidad del ejercicio profesional, salvo que se acepte que un mismo individuo puede actuar como especialista en muchas cosas. Pero en ese caso, que objeto tiene crear semejantes divisiones teóricas en el ejercicio profesional, si en la práctica las ejecuta un mismo individuo?

Es preciso considerar también, otro aspecto del ejercicio profesional de las especialidades. Es el de la exclusividad. En las encuestas realizadas con motivo de este trabajo, se interrogó específicamente sobre el tema a los cirujanos individualmente, a las sociedades quirúrgicas del interior y a las sociedades quirúrgicas de las especialidades. Las respuestas fueron mayoritariamente favorables hacia la exclusividad. El 72% de los cirujanos generales (cap. 4), el 73% de las sociedades quirúrgicas del interior y todas las de las especialidades quirúrgicas, se expresaron en ese sentido. Sin embargo a estas últimas también se les interrogó sobre qué porcentaje aproximado de sus miembros perciben la especialidad con esa característica, es decir exclusivamente y las respuestas salvo en el caso de neurología, ortopedia y urología que respondieron por la afirmativa en un 100% de sus miembros, fueron dispares: por desconocerlo, como Angiología, Cirugía Torácica y Cirugía de Cabeza y Cuello; de un 50% de ejercicio inclusivo, como coloproctología; o del 75% como Cirugía Plástica. Es decir que salvo especialidades bien definidas como urología, ortopedia o neurocirugía, el concepto de

exclusividad es mucho más una aspiración que una realidad entre los mismos miembros de las sociedades quirúrgicas especializadas.

Y téngase en cuenta que esto podría ser mucho más dificultoso si se explorara la verdadera exclusividad del ejercicio, tomando en cuenta a otras especialidades que no son de la atención de las personas, como la administración o dirección de instituciones, la medicina laboral, la medicina legal, etc.; pero que son tan especialidades de la medicina como cualquier otra, y que sería necesario incluir las dentro de la incompatibilidad que supone el concepto de exclusividad. En otras palabras, con la variedad de especialidades reconocidas, cuántos especialistas efectivamente existirían en el ejercicio profesional, aplicando el criterio estricto de exclusividad, para cada una de ellas? Es evidente que el criterio de exclusividad en las especialidades del ejercicio profesional será tanto más factible o real cuanto menos especialidades sean definidas como tales.

Otro aspecto esencial en este tema, es diferenciar el concepto de habitualidad, del concepto de exclusividad en el ejercicio de una especialidad. La primera es imprescindible, es decir se debe ejercer con una frecuencia dada; no así la exclusividad, salvo que la referida frecuencia sea tan alta que no permita ejercer otra cosa. Tampoco la exclusividad es imprescindible si no se la relaciona con la frecuencia o sea la habitualidad. Ejercer alguna especialidad con exclusividad, pero con muy escasa frecuencia, es no ejercer nada.

La especialización en las ciencias médicas es muy probable que sea útil y a lo sumo puede no servir para nada o conducir a un error.

En cambio en el ejercicio profesional, si bien también es de gran utilidad muchas veces, cuando conduce a error, hace directamente mal: en lugar de mejorar la salud, no sólo puede ser indiferente, sino que puede empeorarla o con mayor frecuencia ir en contra del bienestar.

Si tuviera que arriesgar una opinión sobre el camino correcto a transitar en las especialidades del ejercicio profesional, diría que se debe elegir con cuidado el objetivo. Qué es lo que buscamos? Creo que allí no deberían caber dudas. Buscamos mejorar la atención médica y con ello la salud del hombre y la comunidad, no a los médicos, ni a los sanatorios, ni a la seguridad social. Para ello debemos en el campo del ejercicio profesional, manejar con prudencia la especialización o sea la parcialización. El hombre es un conjunto tan interdependiente, que es aún prematuro o peligroso dividirlo mucho, como en la ciencia o en la técnica. Aún necesitamos con urgencia, mucho más al médico que al cardiólogo aunque nos funcione mal el corazón, al médico que al cirujano aunque nos tengan que resecar un pulmón.

Debemos inculcar que un buen especialista es alguien que sabe más de algo y combatir con vehemencia ese aforismo bastante real, que lo define como aquél que sabe mucho de poco o a veces y con razón de nada.

Si tuviéramos que delimitar qué debieran hacer o comprender las especialidades del ejercicio profesional de la cirugía, sería conveniente establecer primero, cuáles son las incumbencias o prácticas quirúrgicas de la medicina misma, o medicina en general; luego las de la cirugía o cirugía en general y a posteriori las específicas de cada una de las subespecialidades.

Es tan inútil pretender independizar a la cirugía torácica, plástica o cualquier otra de la cirugía en general, como independizarlas de la medicina, salvo que se acepte, se pueda ser uno de esos especialistas, sin ser médico.

Si en el proceso de toma de decisiones sobre la creación de nuevas especialidades del ejercicio profesional, se hubieran tomado en cuenta escrupulosamente aspectos tales como incumbencia de la medicina o cirugía en general, real complejidad de las prestaciones, clara diferenciación con otras existentes, factibilidad de habitualidad en su ejercicio, mayor o menor exclusividad en el mismo, etc. habría hoy muchas menos especialidades, ellas tendrían incumbencias mucho más claras y definidas y los profesionales en su gran mayoría, ejercerían efectivamente su única y verdadera especialidad.

Es preferible que el ejercicio de la cirugía como el de la medicina, sea un campo amplio con una faja limitada integrada por prácticas complejas, que requieran gran habitualidad, reservada al ejercicio exclusivo de las especialidades. Pero debe haber una amplia gama de prácticas que por necesidad de la atención médica y factibilidad de ejecución, sean de incumbencia de la medicina en general o de la cirugía en general y por tanto patrimonio del ejercicio de todo médico o cirujano, no importa cual sea su especialidad.

La fijación de las incumbencias de las prácticas médicas o quirúrgicas, es decir el área o amplitud de las especialidades, no debe ser fijado en función del financiamiento del especialista, que de lo contrario no tendría suficiente trabajo; ni de la comodidad o preferencia del médico o cirujano que opta por derivar tal o cual práctica; ni por razones de investigación o recolección de datos, en que es necesario adjudicar a secciones o departamentos específicos cada tipo de prestaciones. Una cosa es que la información sobre suturas de piel sea centralizada por la sección de plástica y reconstrucciones, otra que su ejecución sea patrimonio exclusivo de los cirujanos plásticos. Con ese criterio, el estetoscopio pronto será un instrumento exclusivo del departamento de neumonología y los neumólogos y el tensiómetro de cardiología y los cardiólogos. Y esto de alguna manera ya está ocurriendo y afecta en su esencia y en su costo a la atención médica.

Además el camino de subdividir más y más creando especialidades cada vez más estrechas, que necesitan por ende autoasignarse prácticas en razón de su autofinanciación y no de la real complejidad o alto índice de habitualidad de las mismas, ha sido recorrido en exceso en nuestro país. El resultado fue una explosiva especialización de

todos los médicos, con el agravante de que como ni aun así se financiaban, la mayoría detenta y ejerce dos, tres o más títulos de especialista y especialidades. El problema del exceso de médicos, si existe, no se soluciona inventando enfermedades, dificultando o complicando su diagnóstico o tratamiento. La paciencia o la financiación de los pacientes y la sociedad, tienen siempre límites y tarde o temprano harán su reclamo.

Otro incentivo importante en pro de la especialización, fue motorizado por las obras sociales o entidades de cobertura de las prestaciones, que ante la explosiva aparición de novedosos y costosos medios de diagnóstico y tratamiento, pugnaron por limitarlos, apelando a su ejecución exclusiva por parte de especialistas, con lo cual las limitaron solamente el tiempo que requirió la obtención de los respectivos títulos, además encareciéndolas.

El problema de la especialización influye o se origina también en los ámbitos de enseñanza de la medicina.

Es cierto que no se puede ejercer o ejecutar lo que no se aprendió, pero también es verdad, que aunque se pueda enseñar, no vale la pena hacerlo con aquello que no se podrá ejercer o aplicar. Y esta segunda inferencia es la que priva. En el pregrado o en el postgrado, el estudiante aprende lo que sabe le va a servir, en manera alguna, lo que le estará vedado hacer o aplicar.

Nuestras facultades enseñan poco o nada de medicina, porque su ejercicio está casi totalmente restringido por el avance de las especialidades y no enseñan especialidades porque ello corresponde al postgrado. Entonces no enseñan nada y cualquiera preguntaría pero qué es el grado? La respuesta es nada o alguien que sabe muy poco y no puede hacer o facturar casi nada. La mayoría de nuestros graduados no fueron enseñados en la Facultad a hacer una sutura, un parto, una inyección, una enema, nunca diagnosticaron una angina, ni asistieron a una operación, ni examinaron un oído, etc. Y por que no enseñan las facultades en el postgrado? No lo hacen porque su matrícula está tan sobredimensionada que no alcanzan ni para enseñar esa nada que resulta debe saber un graduado.

Lo precedente podría parecer una exageración. Sin embargo muchos sabemos y sobre todo los recién graduados, que es una vergonzosa realidad.

Podría argumentarse que si esto fuera cierto, no habría médicos ni medicina. Esto tampoco es real, porque no sólo en la Facultad se aprende medicina. Ello y cada vez en mayor grado ocurre luego de graduarse, en los mismos servicios de atención médica (las residencias por ejemplo) que como lógicamente se especializan en algo, fabrican más y más especialistas.

La problemática de la especialización en el ejercicio profesional, afecta como hemos visto desde aspectos sociales, financieros y profesionales hasta universitarios.

Espero que en función de la importancia de cada uno de ellos, se lo considere con la debida atención pero si así no

fuera al menos en defensa propia, como enfermo potencial, espero se resuelva antes que sea tarde, pues quiero ser atendido por un buen médico, además especialista y no por un buen especialista de algo, que nada o poco sepa del resto que me configura y me configurará siempre.

En razón de lo precedente, creo que es aconsejable en el proceso de toma de decisiones respecto de la especialización, considerar la lista más completa de factores involucrados, que serán valorados en positivos o negativos de acuerdo al contexto ético-moral que rija nuestros actos.

A continuación se lista una secuencia tentativa de factores a tener en cuenta para evaluar la conveniencia o inconveniencia de autorizar una nueva especialización del ejercicio profesional.

Objetivos primordiales deseables

- 1- Que genere mayor y mejor conocimiento.
- 2- Que genere mayor y mejor tecnología.
- 3- Que genere mayor promoción de la salud.
- 4- Que genere mejor prevención de la enfermedad.
- 5- Que genere mejores diagnósticos.
- 6- Que genere mejores terapéuticas.
- 7- Que genere menores costos.
- 8- Que genere mayor accesibilidad a la atención.
- 9- Que promueva el desarrollo ético, científico y tecnológico del profesional.

Objetivos primordiales indeseables

- 1- Que sea un medio para adquirir posiciones administrativas, económicas o académicas.
- 2- Que fragmente el conocimiento dificultando la comprensión del hombre enfermo.
- 3- Que genere barreras al ejercicio profesional por causas distintas a la capacidad o la pericia.
- 4- Que apunte a la comodidad del profesional o disminuya su obligada vocación de servicio.
- 5- Que ubique al beneficio de la especialidad del especialista por encima del que corresponde al paciente, a la medicina o a la Sociedad.

El real valor de los especialistas y los centros especializados, desde la óptica del fin supremo de nuestra práctica, que es mejorar la atención médica, es crear conocimientos y técnicas efectivas y eficientes, es decir ejecutables con sencillez por la mayoría de los médicos, a todos los que la necesiten y no pretender que sus creaciones sean patrimonio exclusivo de su ejercicio, sólo para los pacientes que a ellos sean referidos.

En mi particular opinión debería establecerse una clara

delimitación del ejercicio profesional con el sentido de una progresiva especialización de la siguiente manera: médico, especialidad cirujano subespecialidad torácica, o cardiovascular o plástica o urología, o ginecología u oftalmología u ortopedia o las que se decidan reconocer.

Además deben reconocerse especialidades con o sin el ejercicio quirúrgico. No todos los oftalmólogos operan, es decir son cirujanos y lo mismo puede ocurrir para los ginecólogos o para los urólogos. Ellos podrían elegir ser médicos urólogos o médicos ginecólogos o médicos oftalmólogos, sin necesidad de ser cirujanos. Asimismo debería establecerse qué incumbencias y/o necesidades corresponden de la cirugía a cada uno de ellos es decir, al cirujano ortopedista, o al cirujano oftalmólogo, o al cirujano ginecólogo. Ello en función de tres aspectos principales, en primer lugar para la formación, es decir los programas de enseñanza; en segundo lugar para adecuarlo a un buen ejercicio de la subespecialidad; en tercer término para poder establecer su grado de incumbencia o competencia en la cirugía. Este no tiene por que ser igual entre un cirujano torácico y un plástico o un oftalmólogo o un urólogo. Cada uno requerirá distinto grado en calidad y cantidad de entrenamiento en cirugía, de acuerdo a su subespecialidad y por tanto distinto aprendizaje y diferentes incumbencias.

Considero oportuno referir numerosas citas bibliográficas al respecto. García Díaz³⁸ expresa: "Hay sin embargo un amplio espacio en la atención médica que sólo puede llenar el médico general o médico de familia y nadie probablemente ha descrito ese rol con la claridad de John Fry, que llega a decir que —la mucha especialización de médicos es perjudicial para los pacientes y es indispensable la reeducación y readaptación del médico general, puesto que su ausencia no puede ser compensada por un mejor cuidado a cargo de especialistas—. Al no tener reemplazante adecuado la gente perdió el apoyo del consejero y orientador de la salud, cuya falta se deplora aun en ciudades universitarias del primer mundo, donde una especie de atención en cadena (como la fabricación de autos en las plantas industriales) se resiente de este reduccionismo que tiende a despersonalizarla".

Duff³⁴ que expresa: "El progresivo especialismo que ha caracterizado la práctica de la medicina en los últimos 100 años, ha ocurrido casi enteramente en un contexto científico. Las necesidades y cambios sociales han tenido poca influencia. Al término de la vigésima centuria, los beneficios del especialismo científico están siendo cuestionados. Actuales estudios de las especialidades muestran, que factores diferentes a los nuevos conocimientos, son las fuerzas directoras en la creación de nuevas subespecialidades. La cirugía general, una de las pocas disciplinas "generalistas", se encuentra en una encrucijada. La temprana subespecialización con certificación fragmentará y destruirá la disciplina. Hay argumentos coherentes basados en aspectos económicos y de distribución de salud

para preservar la cirugía general. Para alcanzar este objetivo, se debe encomendar a los cirujanos generales a aceptar el concepto de generalismo científico, y a desarrollar la especialidad de la cirugía general en un contexto social".

Jordan⁵⁵ que expresa: "En los últimos años ha habido un gran interés en la subespecialización, específicamente en el área de la cirugía general como se la define ahora. Por ello el American Board de Cirugía otorga Certificados de Especial Calificación en cirugía vascular general, cirugía pediátrica, medicina de cuidados críticos y cirugía de la mano. El término "fragmentación", fue aplicado a esta demanda por certificaciones en áreas limitadas de la cirugía y ello fue de suficiente envergadura, como para que el Board de Cirugía, desarrollara un documento frente a la fragmentación y especialización, que dice, en parte: "El Board hace una distinción entre especialización, que ocurre dentro del ámbito de la Cirugía General y articula con su conjunto, y la fragmentación, la cual es una separación y desarticulación del cuerpo de la cirugía. El Board hace esta distinción para enfatizar la importancia de preservar los componentes primarios de la cirugía y además reconocer las contribuciones de la especialización al objetivo de conjunto de calidad en el cuidado y entrenamiento. El Board cree que es mucho mejor objetivo, agregar calificaciones al certificado de cirugía, que no crear certificaciones o especialidades separadas."

Organ Clau⁷⁵ expresa: "Las ramas y las hojas de cualquier árbol crecen y funcionan sólo si el tronco tiene vitalidad. Las mejores de las arterias periféricas no pueden aportar adecuado oxígeno, en ausencia de una excelente bomba central.

La cirugía general no es una disciplina en extinción. Aunque recientemente ha sido poco reconocida, posee un cuerpo específico de conocimiento, sirve a necesidades específicas de los pacientes, tiene un registro válido de investigación y es parte vital de nuestro proceso de formación de pre y postgrado. La experiencia en cirugía general se apoya en la cicatrización de heridas, el metabolismo quirúrgico, la nutrición, la resucitación cardiopulmonar, la inflamación, la infección, el balance electrolítico, el politraumatismo y nuestra destreza quirúrgica. La cirugía general continúa siendo la única entrada a la cirugía de todas las disciplinas quirúrgicas. Ocho de diez especialidades quirúrgicas requieren entrenamiento en cirugía general".

Blaisdell¹⁵ que expresa: "La cirugía se esta prostituyendo a si misma, gracias a la disponibilidad de especialistas a quienes se delega el cuidado de los enfermos. Como resultado, volveremos a la época del cirujano barbero, que efectuaba el acto quirúrgico indicado por el médico e inmediatamente le restituía el enfermo que era seguido por el mismo. Esta tendencia es mucho más aparente en las especialidades quirúrgicas, pero se observa también en la cirugía general".

Silen Williams⁹⁰ expresa: "El sumum en saber más y más sobre menos y menos, es fácilmente observable en los departamentos académicos de medicina, donde las subespecialidades tradicionales como hematología no existen como tales. Tenemos doctores en glóbulos rojos, en glóbulos blancos, en plaquetas, coaguladores, anticoaguladores, etc. Los endocrinólogos están divididos en los que conocen sobre el tiroides o sobre las paratiroides y aún vemos corticologistas adrenales y medulogistas adrenales. En el futuro supongo existirán de izquierda y de derecha y quizás nucleares y citoplasmáticos.

Mientras tanto los cirujanos hemos desalentado esa tendencia por muchas razones, pero estamos siendo llevados en esa dirección. Para una definida enfermedad nosotros estamos orgullosos de ser el médico del enfermo, el confidente y consultor, más bien que participante de la diáspora de responsabilidades de lo que yo llamo el grupo terapéutico. El grupo de infecciosos por ejemplo, cuando aparece, deja una nota a través de un estudiante de tercer año y retorna dos días más tarde para requerir a través de otro individuo, cultivos de todos los orificios posibles. Y del lado del paciente cuán a menudo se escucha la queja de que nadie le ha explicado su enfermedad, ni ha discutido el método de diagnóstico o el tratamiento. Lo he visto a menudo y para mí está claro que el pobre paciente se pierde en esa enorme mezcla de superespecialistas, cuya actual contribución puede ser tan trivial, como dejar una escuela nota diciendo que el problema del paciente no es de su incumbencia. Puede esto conducir a una mejor atención?"

7-2 De la Formación del cirujano en el pregrado

La formación de los futuros cirujanos a nivel de pregrado, está indisolublemente ligada a la de los futuros médicos, toda vez que como fuera reiteradamente expresado, es menester resaltar que la cirugía, es una parcela inseparable de la medicina. La información referida a nuestras escuelas médicas, expresada en el cap. 3 no deja lugar a dudas, por sus cifras mismas y por comparación con datos extranjeros, que la calidad de la enseñanza de este nivel, debe calificarse de manera general como deficiente. Dejando de lado la consideración de las escuelas privadas, dado que representan solamente el 2% de la matrícula total y no corresponde un análisis pormenorizado del tema en este relato, surgen a primera vista incongruencias manifiestas de los datos recogidos del sector estatal, que abarca el 98% de los aspirantes a graduados. En primer término cabe analizar el número total de estudiantes. Su comparación con el número de habitantes del país mediante el cociente habitantes por alumno (426) y su relación con idéntico índice de los EE.UU. (3802) muestra que nuestro país tiene 9 veces más estudiantes de medicina por habitante que los EE.UU. de donde puede concluirse que su número es elevado, al menos con respecto a elementos comparables.

Su consideración desde el punto de vista de la futura

demanda de profesionales, habida cuenta de la relación médico-habitante, también obliga a concluir que su magnitud es excesiva, toda vez que actualmente el número de profesionales médicos en ejercicio está holgadoamente por encima de los valores internacionalmente aceptados como suficientes.

El promedio de alumnos de medicina por facultad estatal, que en nuestro país alcanza la cifra de 9850, con diferencias entre las mismas que alcanzan un rango de 20,000 en Buenos Aires y 1700 en Cuyo, no hacen sino confirmar una absoluta falta de previsión o marco de referencia racional, a la magnitud numérica de la población total de estudiantes de medicina.

Desde el punto de vista de la enseñanza de la cirugía misma en el pregrado, los datos aportados por la encuesta efectuada por la Comisión de Pregrado de la Asociación Argentina de Cirugía, a las unidades docentes quirúrgicas del país son una muestra significativa.

Prácticamente todas, (44 sobre 45 respuestas) están a cargo de cirujanos miembros de nuestra Asociación. No obstante ser además profesores o docentes autorizados, respondieron a una encuesta específica sólo el 50%.

De las que respondieron, sólo el 75% tenía planeamiento educativo y únicamente el 44% declaró poseer objetivos del curso de pregrado definidos por la Facultad. En otras palabras menos de la mitad de las unidades docentes en cirugía de pregrado que respondieron a la encuesta, tienen definido por su unidad académica cuáles son los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes sobre cirugía, que los alumnos deben aprender en el curso de pregrado o de medicina.

Ello implica que algo menos de uno sobre dos de nuestros futuros médicos, no tienen ni siquiera definido cuáles son los conocimientos quirúrgicos que deben adquirir para su desempeño como futuros profesionales médicos. Esto es también una consecuencia de la actual confusión o falta de definición entre lo que corresponde saber y hacer de cirugía a un médico y a un especialista y está íntimamente ligado a lo que el futuro graduado podrá hacer de cirugía en la medicina o en la especialidad. Ya se mencionó que es muy difícil interesar a un estudiante en aprender algo que luego no podrá ejercer y es complejo justificar la inclusión en los programas de enseñanza, de conocimientos o habilidades y destrezas, que luego no podrán ser aplicados.

Sin embargo esta situación incidirá ineludiblemente en el futuro de los futuros médicos, de los futuros cirujanos y de los futuros cirujanos generales. La responsabilidad es indelegablemente nuestra, el futuro depende de la actitud nuestra de hoy.

7-3 De la formación del cirujano en el postgrado

De acuerdo a la hipótesis general que rige la orientación de este trabajo, la consideración del futuro en la formación

del cirujano, debe basarse en los datos de la realidad actual, presentados en el capítulo 3, donde se puntualiza la formación del postgrado, a través del análisis de las residencias acreditadas en la Asociación Argentina de Cirugía y en el capítulo 5, donde se expone la real actividad de los servicios de cirugía, tomada de la encuesta efectuada al efecto.

Es necesario nuevamente advertir aquí, que la muestra analizada en manera alguna constituye una media del nivel de nuestras residencias sino por el contrario, una muestra de las mejores de ellas, o por lo menos de las que así se consideran.

Ello sin duda agrava la situación, pues como veremos inmediatamente, hay varios elementos negativos que surgen de los datos obtenidos.

En primer lugar solamente en dos casos, de las 24 analizadas, están explícitamente expresados los objetivos de enseñanza aprendizaje de la residencia. Esta expresa delimitación de los objetivos de enseñanza aprendizaje y sobre todo en un programa de postgrado, no es como despectivamente muchos la consideran, una exquisitez de velocidades pedagógicas, sino muy por el contrario, la muestra de una profunda y serena reflexión, sobre qué y por qué debe aprender un futuro cirujano.

Es probable que el aspecto formal de la elaboración de objetivos de enseñanza-aprendizaje, requiera la colaboración de un pedagogo, que no debe dudarse en buscarlo, pero lo trascendente es su aspecto sustancial, ese qué y ese por qué, que es absolutamente indelegable de nosotros, los responsables de la enseñanza, es decir de formar a los futuros cirujanos.

Con supremo optimismo alguien podría pensar que la omisión es sólo en el aspecto formal y que en la sustancia la enseñanza-aprendizaje se desarrolla con claras predeterminaciones. Pero es mucho más sensato deducir, que si sólo es explícito en dos de las 24 mejores residencias, la improvisación y la falta de reflexión sobre el tema debe ser la regla. Si analizamos ahora los dos únicos casos explícitos que tenemos, sea el del Hospital de la Comunidad de Mar del Plata que expresa:

Objetivos: se formará al residente en lo que hace al diagnóstico y tratamiento de los pacientes que pertenecen al ámbito quirúrgico y se desarrollarán en él aptitudes docentes y de investigación clínica, así como la comprensión de los problemas humanos del enfermo.

Perfil del cirujano general a formar: dotar al egresado de sólidos conocimientos de clínica quirúrgica, fisiopatología y técnicas quirúrgicas y dotarlo de destrezas y habilidades, que le permitan la resolución de los cuadros quirúrgicos más frecuentes en: Cuello, Tórax, y Abdomen que será complementado con conocimientos y práctica en: Cirugía Vascular, Ginecología y Urología.

O el del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad Nacional de Buenos Aires que establece:

Objetivos: formar un cirujano general capacitado para tratar la patología quirúrgica de: Cabeza y Cuello, Tórax y Cardiovascular, Gastroenterología, Oncología, Plástica y Reconstrucción Básica, Pre y Postoperatorio, Trauma y Urgencias, se observará con facilidad, que a pesar de aspirar ambas explícitamente a formar un Cirujano General, denotan diferencias significativas, no sólo en aspectos generales como los docentes y de investigación, que podrían ser omisiones de texto, sino en otros mucho más específicos, como oncología, urología, ginecología y cirugía plástica y reconstructiva.

Es inevitable destacar que si en los dos únicos programas con objetivos explícitos, se evidencian gruesas diferencias para alcanzar un idéntico resultado, o no se comparte, no obstante la identidad de denominación, el resultado, o en alguno se omite o se exagera en la metodología.

Es imprescindible en este análisis tomar alguna referencia sobre el particular y considero de utilidad, reiterar aquí los objetivos explícitos de enseñanza aprendizaje establecidos por el Board Americano en Cirugía General para la prueba de suficiencia, que delimita con precisión, qué debe aprender un aspirante y cuales son los campos de acción de un cirujano general en EE.UU. que se describen en el capítulo 2.

El más superficial de los análisis comparativos entre los objetivos allí enunciados muestra claramente la enorme diferencia que separa a ambos, denotando que bajo el mismo rótulo de cirujano general, el concepto americano implica una clara definición de distintos niveles de aprendizaje para tópicos específicos y una mucho mayor amplitud de conocimientos.

No puedo arrogarme la potestad de definir cuál es el perfil más adecuado entre los comentados para un cirujano general, pero es muy difícil, conociendo la real y grave problemática que plantea la especialización en los EE.UU., no inclinarse a pensar que la definición expuesta en nuestras mejores residencias, peca de imprecisa, está exenta de la delimitación de distintos niveles de conocimiento y es indiscutiblemente de una notoria inferioridad en la amplitud de los mismos.

El segundo elemento analizado en cuanto a nuestra formación de postgrado, es la duración temporal de nuestros programas de residencia.

El estudio analizado en el capítulo 3 muestra que de las 24 residencias acreditadas solo 10 o sea el 41% tienen una duración de cuatro años. El resto (las 14 restantes) es decir la mayoría, sólo duran tres años.

Si estudiamos su duración en relación a su categoría capítulo 3, observamos que sólo el 57% de las categorizadas como A, el 50% de las categorizadas como B y el 22% de las categorizadas como C poseen una duración de 4 años.

Estos datos permiten afirmar casi con certeza que si estos son los valores de una muestra representativa de los

mejores programas de residencia del país, el resto (la enorme mayoría hasta las aproximadamente 100 existentes) tienen 3 años de duración.

El tercer elemento estudiado en la muestra antedicha fue el promedio de intervenciones anuales por residentes, expuesto en el capítulo 3.

El mismo fue marcadamente uniforme con independencia de la categoría de la residencia, oscilando entre 80 intervenciones anuales por residente para las categorizadas como B, cerca de 90 para las clasificadas como C y un valor intermedio para las A.

Es de sumo interés considerar qué tipo de intervenciones efectúan los residentes. Ello se ilustra en el capítulo 3, donde se expuso la frecuencia de intervenciones por residente, diferente a la cirugía gastroenterológica y de paredes, que constituye siempre la mayoría. Allí se demuestra, que sólo en las 7 categorizadas como A, los residentes efectúan en todos los casos cirugía de cabeza y cuello, vascular, tiroideos y guardia; en las de categoría B la totalidad efectúa la cirugía de guardia y en las correspondientes a la C, ninguna de esos tipos de intervenciones es realizada en todas las residencias.

Tanto la cirugía plástica y reconstructiva como la ginecológica, la infantil y la arterial aparecen como efectuadas esporádicamente sólo en algunas residencias. En otras palabras, en casi ninguna de estas residencias estudiadas, que se supone son las mejores, los residentes son debidamente entrenados, ni siquiera en los distintos tópicos preestablecidos por los objetivos previstos, que como señaláramos previamente, de por sí, detentan no pocas falencias.

Si analizamos ahora los servicios de cirugía descriptos en el capítulo 5, que constituye una fiel expresión de su real volumen y calidad de trabajo, y por ende la de sus verdaderos potenciales de aprendizaje para la enorme mayoría de nuestros residentes, es de destacar los siguientes aspectos:

El promedio de intervenciones medianas o mayores por servicio, ilustrado en el capítulo 5 demuestra que hay un 22% de servicios que están por debajo de las 500 intervenciones anuales y un 35% que oscila entre las 600 y 1000, debiendo recordar que las recomendaciones elaboradas por la Comisión de Residencias de la Asociación Argentina de Cirugía para dichos programas de enseñanza, recomiendan un mínimo de 600 intervenciones anuales por servicio.

El tipo de intervenciones que se efectúan en los servicios, expresa con claridad, la potencial amplitud de aprendizaje que pueden alcanzar nuestros residentes. El capítulo 5, muestra que la mayoría de los servicios efectúan intervenciones sobre cabeza y cuello, tórax, vascular periférica, plástica y quemados y cirugía laparoscópica, pero sólo la mitad practica la cirugía ginecológica y constituyen una rareza los que practican urología o neurocirugía o cirugía infantil. El análisis del tipo de operación de acuerdo a la

dependencia institucional del servicio, ilustrado en el capítulo 5 gráfico permite observar que la cirugía laparoscópica por ejemplo, se efectúa con mucha mayor frecuencia en los servicios de dependencia privada que en los públicos, lo cual obliga a inferir, atento a que la inmensa mayoría de los residentes provienen del sector público, un serio déficit de aprendizaje en uno de los aspectos más modernos, revolucionario y potencialmente desarrollable de la cirugía general actual.

La exploración sobre la existencia en los servicios de normas actualizadas tanto de ingreso como de diagnóstico y terapéuticas, ilustradas en el capítulo 5 sólo alcanza a superar la mitad, en el caso de las referidas a las terapéuticas demuestra también un déficit específicamente preocupante en servicios responsables de programas, que supuestamente constituyen los más elaborados, para el entrenamiento de futuros cirujanos o sea las residencias.

El estudio de las actividades de alto valor autoeducativo en los servicios con residencias tales como el número de autopsias, la cirugía experimental, la ejecución de ateneos anatómoclínicos, la existencia de comité de historias clínicas, el ateneo bioético y la recepción de revistas de la especialidad, que se ilustran en el capítulo 5 demuestran que precisamente en esos servicios con programas de residencias, hay 62% que no practica autopsias, 50% sin ateneo bioético, 41% sin cirugía experimental, 25% sin comité de historias clínicas y 20% que no recibe ninguna revista de la especialidad.

Es necesario destacar, que el panorama que describen los datos procedentes de los servicios encuestados se agrava sustancialmente en razón de que aquí, como en las residencias estudiadas, la muestra utilizada no es representativa de la generalidad de los servicios quirúrgicos, ya que la encuesta fue enviada exclusivamente a los servicios de cirugía que voluntariamente se han acreditado en nuestra Asociación y fue respondida aproximadamente por un 45% lo cual presupone un alto sesgo en el sentido de que el grupo constituye una selección de los mejores o al menos de los que así se suponen.

Vale también aquí acotar, como elemento comparativo, las opiniones de autores extranjeros, respecto de la duración de las residencias, algunas de las cuales transcribiré textualmente.

Jordán de EE.UU.⁵⁵ dice: "Hace unos años hubo considerable presión para acortar los estudios médicos y los períodos de entrenamiento quirúrgico. Luego de pocos años se aceptó universalmente que 4 años es insuficiente y 5 años se ha transformado en la regla, que fue el requerimiento inicial del Residency Review Committee for Surgery: un año de (internship) o internado rotatorio y 4 años de residencia, con un total de 5 años de entrenamiento".

Barnes de EE.UU.¹⁰ expresa: "Se sugiere la reestructuración general de las residencias quirúrgicas para facilitar el entrenamiento de los especialistas y subespecialistas. Una educación quirúrgica básica de uno o dos años, prove-

ería un fundamento cognoscitivo técnico y de destreza en el manejo del paciente, útiles para todos los residentes quirúrgicos independientemente de su disciplina.

Una educación intermedia de dos o tres años, aportaría conocimiento, técnica y destrezas en cirugía general para aquellos que ingresen a una especialidad quirúrgica o para un entrenamiento avanzado en cirugía general. Los residentes que deseen una carrera en cirugía general de avanzada deberían entrenarse dos años más en cirugía de complejidad. Esos individuos pueden seguir entrenamientos adicionales en subespecialidades y experiencia en investigación, para calificarse como cirujanos académicos o científicos. La implementación de semejante innovación, requiere del esfuerzo conjunto de las organizaciones de acreditación y certificación, sociedades de la especialidad y los directores de programas quirúrgicos de entrenamiento."

Hartel⁴⁷ describe: "En Alemania hoy día existe la cirugía general y cinco especialidades. Son traumatología, plástica y reconstructiva, cardíaca y vasos centrales y cirugía pediátrica.

Para certificarse en cirugía general es necesario seis años de severo entrenamiento; se requieren dos años más, para certificarse en una de las mencionadas especialidades. La educación de postgrado en cada campo requiere una precisa y definida clase y número de operaciones, así como un examen".

Hollender⁴⁹ de Francia expresa: "La cirugía general es la base de la cirugía y el prerequisite para todo tipo de intervención quirúrgica. La cirugía general es también el factor coordinador para todos aquellos pacientes, cuyo estado de salud requiere atención de diversos especialistas. Cuatro condiciones son imperativas para un entrenamiento óptimo: 1-Criterio para admisión; 2-Duración del entrenamiento de cuatro años en cirugía básica y dos o tres años en especialización; 3-Criterio para la estandarización entre los centros de entrenamiento (sistema de acreditación hospitalaria); 4-Control de calidad al fin del primer año, control de la habilidad manual y después, 4 años de exámenes teóricos clínicos y prácticos.

Es obligatorio citar también a uno de los nuestros Beveraggi³⁴ quien afirma: "Los cirujanos generales prácticos deberían tener un entrenamiento no menor de cinco años y con cierta intensidad en algunos sectores de la cirugía".

Si efectuamos un somero resumen de las condiciones previamente enunciadas, tomando en cuenta tanto los datos objetivos recogidos referidos a programación de la enseñanza, amplitud de conocimientos, perfil del cirujano, duración del entrenamiento, número y tipo de las intervenciones y organización normativa de los servicios, es inevitable concluir que salvo excepciones, la mayoría de nuestros programas de formación de cirujanos de postgrado, medidos a través de lo mejor que tenemos, o sea las residencias y los servicios acreditados, acusan severas y

numerosas falencias.

Si además tomamos en cuenta las realidades existentes en el extranjero, expresadas todas por personalidades quirúrgicas descolantes de los países que incluíblemente constituyen ejemplos para nuestras más caras aspiraciones, sólo me animaría a decir que inmediatamente, surge una amarga sensación, mezcla de azoramiento, ineptitud, irresponsabilidad, imprevisión, despreocupación por la excelencia y culpabilidad. Y ese sentimiento de culpabilidad, incluíblemente en primer término de todos nosotros, los principales responsables, no obstante el otro gran cúmulo de circunstancias contribuyentes, no es solo una grave deuda o falta para con nosotros mismos, muy por encima de ello, es una muy grave falta de responsabilidad ante la sociedad, nuestros pacientes y nosotros mismos, cuando inevitablemente alcancemos esa condición.

También es inevitable concluir en busca del objetivo de este trabajo, o sea el futuro del cirujano general, que de persistir en el sistema descripto, el resultado será un profesional con cada vez menos amplitud de conocimientos, habilidades y destrezas, menor entrenamiento, menor campo de acción y falta de capacidad de adecuación a las recientes innovaciones tecnológicas, como la cirugía video-oscópica por ejemplo.

Además es altamente probable que el grave defecto de la enseñanza sectorizada hacia una u otra parcialidad quirúrgica, de acuerdo a las circunstancias que el azar otorgue al programa respectivo que le tocó en suerte al residente, aumente aún más la especialización y la parcialización del ejercicio profesional, no por necesidad o conveniencia de la atención médica, sino por necesidad por defecto en la formación del cirujano.

7-4 DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL CIRUJANO GENERAL

7.4.1 De su incumbencia o área de acción

El futuro de la incumbencia o área de acción del cirujano general es quizás el aspecto más comprometido y complejo de tratar del conjunto de este relato. Y ello por dos razones fundamentales. La primera porque de ella depende hasta la existencia misma de la cirugía general. La segunda porque de acuerdo a la filosofía desarrollada a lo largo de todo el trabajo, ese futuro depende casi exclusivamente, de la decisión que nosotros o el autor asuma ante el problema. En otras palabras, si bien las circunstancias influirán de alguna manera en el futuro campo de acción o incumbencia del ejercicio profesional del cirujano general, él estará mucho más determinado por el sentido y las características que nosotros mismos, consciente o inconscientemente imprimamos a dicho ejercicio futuro.

Una premisa fundamental a tener en cuenta para esta toma de decisión es justamente que ella sea capaz de adaptarse lo mejor posible a las circunstancias que deven-

drán y sea lo más adecuada al objetivo final de nuestra profesión, que no debe ser otro que la mejor atención médica.

De acuerdo a ello, es menester exponer aunque sea brevemente las circunstancias que probablemente incidirán en el futuro ejercicio profesional. En apretada síntesis son:

Una modificación de la patología, debido al progresivo aumento de la expectativa de vida de la población, con aumento en cantidad de los procesos característicos de edades avanzadas.

Una muy veloz modificación de las indicaciones y técnicas diagnósticas y terapéuticas quirúrgicas, producto del impacto que generan los incesantes avances tecnológicos.

Una imprescindible fundamentación racional y objetiva de todas las decisiones que hacen al diagnóstico y tratamiento.

Una clarísima preocupación o ingerencia en las decisiones del aspecto costo-beneficio, donde nosotros los cirujanos tenemos la principal responsabilidad ética de resguardar por sobre todo el bienestar del enfermo, ante las demandas que seguramente nos impondrá el sector financiero.

Una creciente demanda y preocupación de la sociedad, por la vigilancia y reclamo de una celosa responsabilidad profesional.

Una imprescindible necesidad de actuación profesional dentro del más ajustado marco bioético, con el más absoluto respeto por la propia elección del paciente, de las alternativas terapéuticas existentes. Respecto de ello, merece citarse la expresión de Sanguinetti⁸⁷: "El axiograma de un paciente es tan importante como su hemograma".

Sentadas estas bases, podemos remitirnos a los antecedentes de la actualidad de la incumbencia del ejercicio profesional, que fueran analizadas en el capítulo 2 referentes a la especialidad cirugía general y su estado actual y en el capítulo 4 respecto de la incumbencia o área de acción del cirujano general actual.

La primera conclusión que surge de la lectura de los mencionados antecedentes, es la opinión unánime de diversos autores así como de las sociedades de cirugía del interior y de las sociedades especializadas de la imprescindible necesidad presente y futura, de la existencia de la cirugía general, por las motivaciones que en el capítulo 2 se exponen.

Con referencia al resultado de la investigación efectuada sobre la incumbencia de dicha disciplina, mediante las encuestas enviadas a las sociedades del interior y a las sociedades especializadas, es imposible extraer conclusión alguna por la disimilitud de las respuestas y sólo me remitiré a repetir el párrafo final del capítulo 2 que expre-

"El análisis de las respuestas obtenidas que muestra desde la imposibilidad de adjudicarle ninguna incumbencia a la cirugía general, como el caso de las sociedades de Neurocirugía, Ortopedia, Urología y Cirugía infantil, hasta la de permitirle todas como Proctología, hacen difícil extraer alguna conclusión sobre los parámetros tenidos en cuenta al producir las respuestas.

Es imposible saber si las decisiones fueron tomadas desde la óptica de la pericia actual de los cirujanos, o de la posibilidad de que los futuros la adquieran, o de la conveniencia de la atención médica, o de cualquier otra motivación. Sería difícil responder en cabeza y cuello por qué un cirujano puede llegar a ser hábil para efectuar una traqueostomía, pero no para realizar una biopsia; o cómo en cirugía vascular puede adquirir habilidad para una derivación portocava pero no para reparar un vaso periférico, efectuar un "shunt" arteriovenoso para diálisis o efectuar una safenectomía.

Es evidente que para alcanzar una respuesta uniforme o comparable será necesario amplias reflexiones sobre el tema y establecer de antemano, cuáles son los valores y objetivos generales a que estamos dispuestos a atenernos o alcanzar". El estudio de la incumbencia de la cirugía general a través del tipo y frecuencia real de intervenciones que los cirujanos efectúan, que se presenta en el capítulo 4, analizando las operaciones realizadas por los aspirantes a Miembros Titulares de la Asociación Argentina de Cirugía (Gráfico 4.1), las intervenciones facturadas por todos los especialistas a un universo de 155.000 afiliados al IOMA en La Plata (gráfico 4.2).

Las intervenciones efectuadas en el ámbito del Instituto Médico de Diamante (Entre Ríos) (gráfico 4.3) y la mediana de operaciones de los aspirantes a recertificación del American Board of Surgery en el período 1987-88 (gráfico 4.4) permiten concluir que en todos los casos la incumbencia de los cirujanos generales abarca la cirugía de abdomen o gastrointestinal, paredes abdominales, colo-proctología, mama, cirugía vascular, tiroides y tórax y la cirugía de urgencia, agregándose en algunos casos, intervenciones urológicas, ginecológicas, plásticas o reconstructivas y cirugía infantil.

La frecuencia del tipo de operaciones muestra en todos los casos una amplísima supremacía para la cirugía abdominal o gastrointestinal. El interrogante sobre si esa frecuencia es una consecuencia de una selección generada por las condiciones propias de la actividad de los cirujanos generales mismos o una resultante de la distribución intrínseca de la patología, se responde a favor de ésta última, visto las frecuencias señaladas en La Plata, donde el registro es del total de intervenciones efectuadas a los enfermos, no sólo por los cirujanos generales, sino por ellos, más el resto de los especialistas quirúrgicos.

La incumbencia de las prácticas endoscópicas en la cirugía general estudiada en la encuesta general a los cirujanos, demostró que el 41% de ellos la efectúan o sea

que es una actividad habitual de casi la mitad de los cirujanos actuales. Es muy importante destacar que el estudio de dicha actividad en relación a la antigüedad en el ejercicio profesional, demuestra que las prácticas endoscópicas son ejecutadas en mucha menor proporción por los cirujanos jóvenes seguramente debido a una omisión en su formación profesional.

Respecto de las prácticas de cirugía videoscópica, la encuesta demostró que son efectuadas por el 43% de los cirujanos, e igual que en el caso anterior se denota una muy inferior utilización por parte de los cirujanos jóvenes sea por falta de equipamiento o por defectos en la formación de postgrado.

Tales los datos aportados sobre incumbencia de la cirugía general por la realidad actual.

Es menester ahora su proyección futura. Visto desde el punto de vista de la progresiva especialización, podría inferirse que en el ejercicio futuro, el campo o incumbencia del cirujano general irá limitándose más y más, como hasta ahora, a la cirugía abdominal o gastrointestinal. Pero si así fuera, seguiría circunscribiéndose en ese propio campo, pues él debería ser asimismo subdividido en cirugía de los distintos sectores del aparato digestivo, estómago, esófago, hígado y vías biliares, páncreas etc., y aún dentro de ellos en subespecialidades.

No es lo mismo en proctología operar una hemorroides que hacer un "pouch" ileoanal, ni en cirugía hepatobiliar hacer una colecistectomía que una duodenopancreatectomía. Y entonces desaparecería la cirugía general, cosa con la cual nadie ni los propios especialistas están de acuerdo.

Personalmente creo que la solución no es tan difícil, si las limitantes al campo de acción o incumbencia se determinan en función del aprendizaje del cirujano y la necesidad de urgencia y seguridad o mejor calidad de atención del paciente.

En otras palabras, las incumbencias del cirujano general estarán dadas por aquellas actitudes diagnósticas o terapéuticas aprendidas, cuya complejidad de ejecución no requiera un subespecialización específica o una habitualidad excluyente, para que los resultados alcanzados, estén dentro de los standard universalmente esperables. Y además aquellas otras, que las situaciones de emergencia aconsejan prever, para el tratamiento inmediato de los pacientes.

De las dos variables señaladas la primera el aprendizaje del cirujano, es absolutamente previsible en los planes de enseñanza de pre o postgrado, o subsanable por una adecuada educación continuada en el caso de las nuevas adquisiciones de conocimiento.

Un buen ejemplo de ello en la actualidad es la cirugía videoscópica. Ella representó un cuerpo de conocimiento y habilidades totalmente novedosos que en menos de cinco años fue adquirido por la inmensa mayoría de los cirujanos del mundo desarrollado.

La segunda variable, la necesidad de urgencia y seguridad o mejor calidad de atención del paciente, comprende dos aspectos.

Uno, el de la urgencia o inmediatez, que no requiere muchas consideraciones, pues es tan simple como aquello de que las maniobras de resucitación deben ser del conocimiento y por ende la incumbencia de todos los individuos, por la sencilla razón de que pueden salvar una vida y que cualquier ser normalmente dotado puede aprenderlas y ejecutarlas.

Por tanto, las actitudes diagnósticas o terapéuticas de urgencia, que por su formación general puede aprender todo cirujano, no importa su especialidad, no sólo son de su incumbencia, son irrenunciablemente obligaciones de su ejercicio profesional. No puede haber excusa, por ejemplo, para que ningún cirujano, cualquiera sea su especialidad, no actúe como corresponde ante una ruptura arterial, el tratamiento de urgencia de un politraumatismo, una herida, un neumotórax, etc.

El otro aspecto de esta variable, es la garantía de seguridad o mejor calidad de atención para el paciente. Esto es realmente más complejo y por sobre todo difícil de establecer y cambiar en algunos casos.

Utilizaremos algunos ejemplos para esclarecer la exposición.

No habría lugar a dudas ateniéndonos a la clasificación de especialidades quirúrgicas actual, donde figura cirujano general o si se quiere cirujano gastroenterológico (en la Provincia de Buenos Aires) que un trasplante hepático no puede ser incumbencia genérica de ninguno de ellos. Ni tampoco un trasplante renal de él o del urólogo. Estos procedimientos por el momento, son incumbencia exclusiva de quienes los sepan y cuenten con los medios para hacerlo.

En el otro extremo están los procedimientos que son de incumbencia indiscutible de tal o cual especialidad, como una apendicectomía de la cirugía general, una lobectomía pulmonar de la cirugía torácica, etc.

Pero existen otros grupos con muy particulares características: los que sin afectar la calidad del resultado de la atención médica, puede ser ejecutados por especialistas diferentes a los cirujanos generales.

Son innumerables los ejemplos pero citaremos: las esofagectomías por cirujanos torácicos, las histerectomías y mastectomías por ginecólogos, las tiroidectomías por cirujanos de cabeza y cuello, las nefrectomías por urólogos, etc. etc.

Los que corresponden indiscutiblemente a una determinada especialidad pero que por su complejidad o su baja frecuencia, no puede ser ejecutados por la totalidad de esos especialistas sin afectar inevitablemente los resultados, es decir, atentar contra la calidad de la atención médica elevar los riesgos para el paciente. Ejemplos hay muchos. Mencionemos solamente una reintervención sobre vía biliar, o

un "pouch" ileal, una duodenopancreatectomía, o una hepatectomía etc. etc.

Los que desde el punto de vista del especialista mismo pueden ser ejecutados sin afectar el riesgo standard del procedimiento pero dependen de las circunstancias, o del medio o del equipamiento del resto del recurso humano, con que cuente el especialista. Son ejemplos patentes de ello, el recurso anestésico y el de recuperación. Por tanto es la fijación de la incumbencia, no cuenta solo el especialista.

Las que a través del tiempo, debido al incesante avance tecnológico de los conocimientos, se van progresivamente simplificando, y disminuyendo universalmente sus riesgos, haciéndose factibles con idéntico riesgo y resultado para cirujanos y medios menos especializados y de menor complejidad.

Estas y seguramente muchas otras variables deberán ser tenidas en cuenta a la hora de fijar las incumbencias o campo de acción de las especialidades en general y de la cirugía general en, particular.

Como normas genéricas al momento de tomar esa decisión estimo oportunas las siguientes:

- 1- Deben por sobre todo velar por la mejor atención del paciente.
- 2- Deben ser absolutamente coherentes con la formación del cirujano.
- 3- Deben tener en cuenta las características de todos los ámbitos de ejercicio del país y no limitarse a las de regiones determinadas, por populosas e importantes que ellas sean.
- 4- Deben tener en cuenta la incidencia que en el costo y la oportunidad de la atención médica, ellas implican.
- 5- No tienen por que ser incompatibles las incumbencias entre dos o mas especialidades.

En otras palabras, las incumbencias del ejercicio de la cirugía general como de cualquier otra especialidad, deberán abarcar todas aquellas prácticas debidamente incluidas en el proceso de enseñanza-aprendizaje profesional, cuya ejecución pueda ser efectuada siempre, sin necesidad de una habilidad muy especial, con los riesgos o los buenos resultados considerados normales o standard, universalmente aceptados.

Es ineludible y seguramente muy positivo sobre este punto, referir algunas de las muy numerosas citas bibliográficas que muy prestigiosos cirujanos han producido sobre el tema. No puede dejar de mencionarse al respecto las publicaciones de Cook²⁵ que expresa: "Uno puede definir al cirujano general como al cirujano del primer nivel de consulta.

El recibe directamente de la comunidad los problemas que necesitan solución quirúrgica. A él le concierne el

diagnóstico, la atención de algunos de esos pacientes y secundariamente su derivación a cirujanos especializados. El lugar del cirujano general en el esquema de atención de salud es claro. La amplitud de accionar que él ofrece no lo es. Este depende de: Factores epidemiológicos (no es lo mismo un cirujano rural en un país pobre, que un cirujano urbano en un país rico). Sus inclinaciones, entrenamiento y equipo.

La posibilidad de las derivaciones a especialistas³⁷. Cox²⁶ que expresa: "Si los cirujanos fallan en comprender y resolver las nuevas condiciones del ejercicio profesional, se volverán prisioneros de las circunstancias, defendiéndose en lugar de liderando y aspirando a mantener un sistema, perimido en el tiempo".

Griffen Ward⁴¹ que expresa: "Es sorprendente que los jóvenes cirujanos consideren estrechar su campo de acción mediante la especialización? Hay quienes sostienen que eso es una buena tendencia y hay muchos aportes en la literatura que abona el concepto de que cuanto más se efectúa un procedimiento, mejor se lo ejecuta. Sin embargo, existe otro punto de vista sobre el tema. Se la puede denominar teoría de la bicicleta. Ella sostiene, que al igual que la bicicleta, si alguien aprende correctamente a andar en ella, lo hará bien toda la vida, no importa cuantos días, meses o años pase entre los intentos. Esto puede aplicarse a los procedimientos quirúrgicos. Si un cirujano aprende correctamente un procedimiento quirúrgico y lo efectúa un número suficiente de veces, luego lo podrá repetir toda su vida. Puede ser que no lo efectúe tan rápidamente, pero lo hará en forma correcta.

Hay muchos artículos que abonan esta teoría. Uno de ellos llega a la siguiente conclusión: La endarterectomía carotídea en hospitales de comunidad es un procedimiento seguro. Esta seguridad no está relacionada con la frecuencia de realización, sino con lo adecuado del entrenamiento inicial de quien la efectúa. (Slavish N.: Review of a community hospital experience with carotid endarterectomy Stroke 1984, 15: 956-959)".

Harder F.⁴⁶ que expresa: "En nuestro contexto cirugía general es la que se practica en hospitales periféricos. La subespecialización depende claramente de la categoría del hospital. Luego de un "block" básico de 4 años en cirugía general, es preciso un entrenamiento especial para los cirujanos de hospitales periféricos. El difiere del mucho más estrecho, pero más especializado, que corresponde a los hospitales escuela o centrales".

Irving Miles⁵² expresa que: "Trunkley de San Francisco sostiene que si no se vuelve a entrenar a un cirujano general, que es quien puede tratar al politraumatizado y al paciente grave, quien ejecuta cirugía torácica no cardíaca, vascular general, intestinal y endocrina, enfrentaremos la alternativa de un comité de atención, en el cual el paciente será tratado como un conjunto de órganos por diferentes especialistas. Foster de Farmington sugiere que es necesario luchar contra la especialización, para preservar a la

cirugía general y el interés en la salud del paciente. Los cirujanos deben considerar ahora el futuro de la práctica quirúrgica, pues de otra manera pueden encontrarse a sí mismos conducidos a situaciones de las cuales no hay regreso. Los cirujanos altamente especializados pueden actuar en un gran hospital, donde hay suficiente trabajo referido, como para adquirir experiencia y mantener las destrezas. Ese no será el caso de un Hospital suburbano o de una ciudad de mediano tamaño. Allí es esperable que un cirujano general tenga interés y experiencia en sus noches de guardia para enfrentarse con una amplia variedad de emergencias. La alternativa de tener una gama de especialistas de guardia cada noche, para que cada uno trate la emergencia que le corresponde, no tiene sentido médico ni económicamente. La alternativa de aumentar la especialización, resultará en el absurdo observable a veces en EE.UU., donde un proctólogo interviniendo a un paciente debe llamar a un cirujano hepatobiliar para resecar una vesícula con cálculos. En su forma extrema, se genera lo que en alguna parte del mundo se ha llamado—procedural specialist—o especialista de un proceso o técnica. Dichos cirujanos utilizan a clínicos para manejar el pre y postoperatorio. Verdaderamente hay programas de entrenamiento en EE.UU., donde los residentes están confinados a la sala de operaciones. La cirugía con ese nivel, no requiere graduación médica, con dos años de una escuela técnica es suficiente. Nuestro colegio real de cirujanos (Inglaterra), aunque reconoce la importancia de la especialización, por ejemplo en cirugía vascular, trasplante, cabeza y cuello y oncología quirúrgica, ha resistido a crear especialidades separadas para ellas.

En verdad el comité de cirugía general y el de urología han convenido, visto los problemas causados por una rígida separación entre las especialidades, a permitir la acreditación de cirujanos generales con especial interés en urología a quienes insisten en la doble acreditación". Zollinger¹⁰⁴ expresa: "El cirujano general debería permanecer como el que representa a la primera línea de actuación en el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de patologías quirúrgicas. Bonney en 1945 referido a la especialización dijo: "La limitación de la atención a un solo aspecto, restringe la perspectiva, estrecha la mente, destruye el sentido de la proporción, deforma la especialidad y tiende al fin a transformarla en un culto".

Linder Fritz expresa: "Una simple respuesta, a la pregunta cómo definir a la cirugía general sería: "Cirugía general es cirugía menos las especialidades. Pero ello no sirve pues hay buena superposición dependiendo de la localización del departamento de cirugía del equipamiento etc.

En general en los hospitales urbanos y departamentos universitarios, debido a la investigación y al progreso se produce una reducción de la cirugía general a manos de las especialidades. La historia de este desarrollo en Heidelberg, que es típico retrato de lo ocurrido en Alemania,

puede ser interesante y varía de una a otra nación.

- 1818 Se funda el departamento de cirugía
- 1864 Se desprende oftalmología
- 1882 Ginecología
- 1896 ORL
- 1909 Cirugía maxilofacial
- 1919 Ortopedia

El resto de las especialidades aparecieron en Heidelberg en las dos décadas siguientes a la segunda guerra mundial: neurocirugía, urología, pediatría, cardíaca y experimental. Yo pienso que acordaremos que esta disminución de la cirugía general fue una cosa natural en el curso de la historia de la cirugía. La cooperación entre los departamentos o divisiones debe ser fomentada por los contactos personales de los de mayor experiencia y por las rotaciones breves de los jóvenes asistentes, que pueden ser mejor acogidos bajo el techo de un único sistema en un edificio. De acuerdo a nuestra experiencia, la cirugía general consiste principalmente de lo siguiente: Esófago y gastrointestinal; hígado, páncreas y bazo; cirugía endocrina, pared de tórax, mama y diafragma; pared abdominal y hernias; vascular periférico de carótidas y por debajo del diafragma, hipertensión portal y simpatectomías; tumores de piel y partes blandas y la cirugía oncológica de los mencionados territorios. En nuestro país Enrique Beveraggi¹⁴ ha abordado con extensión el problema por lo cual transcribiré sus expresiones: "En el siglo XXI va a haber dos tipos de cirujanos: un cirujano general que va a saber hacer muy bien la cirugía menor y mediana en cualquier lugar del mundo y los grupos de cirujanos especializados que van a saber hacer muy bien en cuanto a resultados la cirugía más compleja. No se debe pensar que un grupo es mejor que el otro. Un cirujano general que en una ciudad de 100,000 habitantes opera bien una tiroides, hace bien una colectomía derecha, opera bien un estómago, opera bien una vesícula, es imprescindible y tiene gran importancia. Para mí, es un individuo que debe ser tremendamente respetado. Cada uno debe hacer lo que puede hacer y lo demás enviarlo a los centros especializados. Es imposible por el escaso número de ciertas operaciones, que cada cirujano quiera hacer él una duodenopancreatocetomía porque sino cree que no es famoso, que quiera hacer una esofagectomía porque si no sirve, o quiera hacer un "pouch" ileal.

Yo pienso que el siglo XXI nos va a encontrar con un cirujano general y con grupos especializados, pero no digo en grandes centros, posiblemente en todas las provincias, en poblaciones de 500,000 a 1,000,000 de habitantes existirán esos centros quirúrgicos con baja mortalidad". Asimismo Beveraggi comparte la propuesta del cirujano Gardner Smith de Baltimore que plantea la existencia de dos tipos de cirujanos, un cirujano general práctico y un cirujano general académico.

El primero actuaría en ciudades de no más de 100,000 habitantes y realizaría muy bien toda la cirugía de urgencia y la programada de bajo o mediano riesgo. Este joven en formación debe aprender a hacer bien toda la cirugía común. Y si bien es evidente que no podrá efectuar intervenciones particulares con una muy alta frecuencia, su factibilidad y buenos resultados, están abonados por lo que Griffen definió como "hipótesis de la bicicleta". Cuando uno aprende a andar bien en bicicleta como muchas otras cosas en la vida, lo podrá ejecutar con éxito por siempre, no importa el tiempo transcurrido.

Esta idea es compartida por diversos autores como Cook²⁵, Harder⁴⁶, Irving⁵² etc.

El cirujano general académico actuaría en un centro más importante (yo corregiría diciendo de mayor complejidad que no es sinónimo de importante. Para un enfermo que se cortó un dedo es tan importante un centro de salud periférico donde le hacen una sutura, como para un insuficiente hepático un hospital de máxima complejidad donde lo trasplantan donde realizaría prácticas más complejas, en algún sector muy especializado de la cirugía, tendría gran conocimiento de lo básico y desarrollaría tareas docentes y de investigación.

Los cirujanos generales prácticos deberían tener un entrenamiento no menor de cinco años y con cierta intensidad en algunos sectores de la cirugía.

El cirujano general académico debería tener una sólida formación científica, técnica, ética y administrativa que le posibilite su ardua y enriquecedora tarea de la formación de los futuros cirujanos".

A propósito de esta temática son de gran valor los conceptos vertidos en la nota editorial por el Dr. Murray premio Nobel de Medicina en 1990 en el Boletín del American College de febrero de 1992 sobre una conferencia dictada por I.S. Ravdin en el congreso de Chicago de 1991. Allí se expresa: "El primitivo aislamiento de la cirugía de sus ciencias hermanas está desapareciendo. Todo conocimiento es básico, derive de la cama del enfermo o del escritorio. Algunos creen que la investigación pura es más noble, dificultosa e intelectual, que la aplicada. Una afirmación de Pasteur niega esta interpretación:

No existe ninguna categoría de ciencia a la cual se le pueda denominar aplicada. La ciencia y la aplicación de la ciencia, están tan unidas entre sí, como un fruto al árbol donde ha crecido. Para estudiar nuevos problemas un cirujano científico sólo necesita curiosidad, objetivos y persistencia.

Pero no se lo puede hacer sólo. Rara vez si en alguna ocasión ocurre, el progreso médico es mérito de una persona.

Ningún clínico ni cirujano puede ser suficientemente competente en bioquímica, genética, inmunología o cualquier otra disciplina imprescindible para investigar problemas biológicos específicos. Conceptualmente el cirujano

investigador y el investigador de laboratorio difieren en tres aspectos:

- 1- El investigador sabe que él no sabe lo que el cirujano desea conocer.
- 2- El científico puede esperar a que toda la información esté a su disposición, en tanto que el cirujano debe actuar con la disponible.
- 3- El científico trabaja con información masiva, en cambio el cirujano trata con un paciente individual.

Conociendo estas diferencias, es posible que un cirujano o un clínico sean científicos?. La respuesta es que sí. Es un rol difícil de asumir pero es absolutamente esencial para el bienestar de nuestros pacientes que los clínicos y los cirujanos trabajen con científicos de otras disciplinas. Los científicos no pueden ser cirujanos, pero los cirujanos pueden ser científicos.

Finalmente Soper⁹⁵ expresa un pensamiento que merece transmitirse: "Quizás el cirujano del futuro sea un experto en computación que sentado cómodamente en una cabina de comando, mediante brazos robóticos, manipule instrumentos intraabdominales, polifuncionales (colocados en el cuerpo del paciente por un técnico), que rememoren las actuales cortaplumas Victorinox. Puede ser que no estemos muy lejanos de la era pronosticada por Dr. McCoy en la película Star Trek IV, cuando advierte a los cirujanos —Saquen de aquí vuestros cuchillos de carniceros, y permítanme salvar a este paciente, antes que sea demasado tarde—. La respuesta inteligente no es retirarse los cirujanos, sino cuestionarse, si realmente es adecuado todavía empuñar cuchillos de carniceros".

7.4.2 Del marco normativo del ejercicio profesional

Tal como fuera expresado en el capítulo 4, las normas que regulan el ejercicio profesional de la medicina y de los cirujanos, tienen características particulares para cada jurisdicción provincial y para la nacional, de acuerdo a expresas disposiciones constitucionales. Esta condición, que recibe en general la crítica de que genera cierta anarquía en las normas de ejercicio a lo largo y ancho del país, tiene por contrapartida el sustento del principio federal que organiza todas las estructuras de la Nación y merece también el máximo respeto y consideración. Además dicho principio no puede ser imputado como causa de la referida anarquía, pues absolutamente nada impide, bajo una organización federal, que las normas de ejercicio sean exactamente iguales, racionales y adecuadas a cada jurisdicción, si es que los protagonistas o sus habitantes así lo desean. Lo único que no hace es hacerlo obligatorio. En otras palabras, los únicos responsables de la anarquía en las normas de ejercicio profesional en Argentina, si es que ella existe, somos los propios argentinos, en particular los médicos y

al fin los cirujanos.

Debemos señalar en su descargo, que existen señales recientes, que indican una reacción al respecto. En primer lugar los mencionados decretos nacionales 2284 y 2293, que establecen la universalidad del ejercicio profesional en todo el país, para aquél que haya cumplido con los requisitos establecidos para cualquier jurisdicción. Claro que como se señalara en el capítulo 4, falta la adhesión de cada una de las provincias y por ahora sólo tiene vigencia en la Capital Federal. Si compartimos la idea, deberíamos impulsarlo en cada una de las jurisdicciones.

En segundo lugar, la propia Asociación Argentina de Cirugía, ha promovido convenios con todas las provincias para que la prueba de evaluación para el certificado o título de especialista en cirugía, sea único para todo el país, idéntica a la utilizada para aspirar a ser miembro titular de la Asociación y efectuada en forma simultánea una vez al año, en las diferentes provincias argentinas donde se presenten aspirantes.

Esta es otra realidad que dista mucha de ser una generalidad, pues la mayoría de las provincias no han suscripto convenio.

El otro jalón en las normas que garantizan una adecuada atención médica a la población, es el concepto de recertificación.

Ello también es un mérito indiscutible de la Asociación Argentina de Cirugía que en 1987 lanzó un programa de recertificación. Era de carácter voluntario y perseguía el único objetivo de permitir al aspirante cumplir con su mandato de conciencia de verificar que posea las condiciones científico-técnicas necesarias y actualizadas para ejercer la cirugía, con el mejor nivel de calidad. No obstante poseer ese único objetivo, y estar exento de todo otro tipo de incentivo, sobre todo de orden económico o de beneficio o reconocimiento en cualquier orden del ejercicio profesional, contó con la adhesión de cerca de 1000 asociados.

Este concepto de recertificación, ha avanzado notablemente en el espíritu de la sociedad y se ha plasmado en disposiciones legales que lo hacen obligatorio, al menos de acuerdo a la información obtenida, en dos jurisdicciones del país, la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

En la primera fue el Estado Nacional, a través de la ley N° 22.873 vigente desde el 30 de octubre de 1990, que estableció la necesidad de revalidar el título de especialista cada cinco años. En la segunda fue el propio Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires que estableció a partir del 22 de marzo de 1993, la necesidad y los mecanismos, para revalidar el título de especialista, cada cinco años.

Ambas actitudes son méritos indiscutibles y voluntarios de la profesión médica que hasta ahora no se posee información, sea imitada por otras profesiones.

Esta es una realidad que recién empieza, aplicada solamente en, dos jurisdicciones y que plantea múltiples

interrogantes e inconvenientes de no fácil solución en la práctica. Vicente Gutiérrez⁴⁵ se ha ocupado profundamente del tema y merece que sus conceptos sean textualmente transcritos. Dice así, en una conferencia sobre el presente y el futuro de la recertificación.

"Cuando uno ejerce una actividad que pone en peligro a la vida de los demás, todas las comunidades del mundo establecen condiciones de recertificación. Si maneja automóvil, debe renovar periódicamente su registro. Si es piloto de avión su brevet y además requieren un examen físico periódico. Idéntico procedimiento se establece para los timoneles, los pilotos de carrera, etc. En cambio si se trata de deportes individuales con sólo peligro para la integridad física del individuo mismo, ese examen es opcional. Quien ejerce la medicina pone en peligro la vida de los demás, y hasta con las noticias de prácticas de eutanasia, ejecutadas por médicos o aún enfermeras".

Los cirujanos han sido pioneros en muchas actividades educacionales y han empezado a hablar de certificación y recertificación mucho antes que los clínicos.

En nuestro país en el año 1962 comenzó una corriente muy interesante hasta llegar a nuestros días. Osler en 1901 decía que el título de médico sólo indicaba que completó la educación, pero no implicaba que estaba capacitado para ejercer. Uno puede recibir el diploma de médico y estar en un brote de esquizofrenia. Este año (1993) en Hong-Kong en el Congreso Mundial de Cirugía, uno de los temas principales fue recertificación y la prueba de la competencia. El 26 de agosto de 1993 todos los cirujanos del mundo se reunieron para tratar el problema, del cual ya tienen una avanzada discusión. Nosotros estamos recién empezando. Tanto estamos empezando que tenemos todavía una gran confusión. Empezamos por el título. Se otorgan títulos y diplomas. Diplomado en Salud Pública por ejemplo. Se lo considera lo mismo y sin embargo el segundo no es una carrera. Luego los certificados.

Cuando uno hace un curso le dan un certificado, que bueno a veces no tiene ningún valor. Pero certificación es todo un proceso que implica muchas cosas y que por eso en el mundo se llama la certificación. Pero certificado por una sociedad científica de barrio o de pueblo no tiene ningún valor. Por eso en EE.UU. la gente certificada es Board certificado, porque está certificado por un consejo y ello recién este año ha empezado a funcionar en Argentina. Es el Consejo Nacional de Certificación y Recertificación. Es algo nacional con mucho prestigio y con mucho valor. Después viene la matriculación. Eso es otra cosa totalmente confundida con título o con certificación. Matriculación es un problema de regulación local. Yo puedo tener título o certificado, pero si no obtengo la matrícula, para ese país, no puedo ejercer. En ello intervienen aspectos tales como

la protección, los colegios médicos, la limitación de la natalidad como dicen, para poder cuidar cada uno su área de trabajo. Y por último los privilegios clínicos que en EE.UU. es lo que más quiere un médico para poder trabajar en una institución. Porque si le quitan eso, no tiene donde trabajar. Ya en Buenos Aires hay instituciones que regulan quienes pueden trabajar y quienes no. Por último aparece la recertificación.

Por otro lado las instituciones requieren habilitación, también se mezcla esa palabra. Ello se refiere a que tiene ventilación, luz eléctrica, matafuegos. Una cosa burocrática. Si lo aplicáramos a los hospitales municipales de nuestro país tendrían que estar todos cerrados porque todos tienen fallas enormes. Luego viene la acreditación, la cual igual a la certificación es todo un proceso. Y cuando hay certificación y cuando hay acreditación y cuando hay categorización, con niveles, eso siempre tiene que tener una reacreditación, porque nada de eso es vitalicio. El título es vitalicio, el diploma es vitalicio, pero todo lo demás es una cosa dinámica, tiene que tener recertificación. Esto implica otro problema, quien y como se recertifica.

Esta historia comenzó en Argentina en Córdoba en 1962. Yo asistí a mi primer congreso de cirugía. Se reunieron Michans, Ottolengui, Santas y otros y crearon el Colegio Argentino de Cirujanos, alrededor de 30 cirujanos presentes. Ellos copiaban casi exactamente lo que se estaba haciendo en el Colegio Americano de Cirugía. El tema fue la certificación y por primera vez hablaron de la palabra examen. Hasta ese momento, se daba la certificación solamente por concurrir 5 años aunque sea a tomar café a un hospital y consiguiendo la firma de cualquier Director de hospital del país. Junto a ello como anécdota, se inició una campaña contra la dicotomía que parece que empezó y murió ahí.

El examen de ingreso era demasiado detallista y tan complicado, que ni siquiera se pudo usar. A posteriori desapareció el Colegio, que se incorporó a la Asociación Argentina de Cirugía, uno de cuyos objetivos importantes es certificar a los cirujanos. El procedimiento tiene una centralización normativa y una descentralización operativa. Esto en nuestro país no es nada fácil. Observen lo que pasó con los exámenes en 1991.

En Buenos Aires aprobó la mitad. Pero en una provincia se postularon diez y aprobaron diez y en otra provincia, bastante cerca, dieron once y no aprobó ninguno. Lo que ocurrió que todo quedó sujeto a la arbitrariedad del tribunal de ese momento.

Por tanto quien va a certificar y recertificar a los demás debe ser gente de un nivel mediano para arriba. Eso le pasó a George Pack, cirujano de cáncer del Memorial. Dijo: "Como me voy a recertificar yo, si nadie sabe más que yo de cáncer". Al año siguiente el hospital le redujo los privilegios clínicos en un setenta por ciento. Como hacemos para recertificar?

En el año 1981 escribí en la revista Quirón, que las

conquistas gremiales que teníamos en los hospitales hacían innecesario estar actualizado. Uno podía ser médico de planta de cualquier institución mientras cumpliera el horario, y podría seguir así hasta la jubilación.

La recertificación tiene los siguientes fundamentos:

- Reitera la validez de la primera certificación.
- Es voluntaria (hoy ya es obligatoria en Capital y Provincia de Buenos Aires al menos), pero lo fue desde hace 30 años hasta la actualidad.
- Es periódica.
- Es por los pares.

Si nosotros no nos recertificamos entre nosotros con mucha seriedad, lo va a hacer un funcionario de la Secretaría de Salud Pública, que no sabe nada de cirugía. Si no cuidamos nuestra práctica desde el punto de vista legal, nos van a juzgar los médicos legistas que también desconocen la cirugía. Por ello creo que es importantísimo empezar a trabajar porque los pares puedan recertificar a los pares.

Como se puede hacer eso? La recertificación es el segundo paso. El Colegio Argentino de Cirujanos todavía no hablaba de recertificación, sólo conseguía la certificación.

Uno de los problemas de nuestra Asociación es la recertificación y bastante hemos ayudado al Consejo Nacional. Como se hace actualmente y como creo que se debe hacer en el futuro. Hoy hay que hacer una declaración jurada de lo que uno hizo en el quinquenio. Presentar la lista de las operaciones del último año. Proponer seis cirujanos para ser consultados. Uno propone a los cirujanos. Les mandan una carta, que informan del candidato. Una crítica a este método efectuada en Hong-Kong fue: es muy fácil, uno tiene que pedir a su madre, a sus tíos y hermanos, que digan que tal es uno. Su familia dirá siempre que uno es bueno. Si se pide a seis amigos o cirujanos del hospital que opinen de uno, no van a opinar mal. Sin embargo algunos que no quisieron opinar no mandaron la contestación. No lo hacían por temor a que eso se divulgue. Se debe pagar un arancel, porque el sistema en sí es carísimo y se podrán evaluar conocimientos si hay alguna duda. Esto es teórico. Hasta ahora ningún recertificado en Argentina en cirugía, tuvo que volver a dar un examen. Este es el sistema que rige actualmente, con una lista de operaciones y un sistema de informes, que expresa: esta información es estrictamente confidencial y será destruida.

Sin embargo circula bastante dentro de la Asociación, y además se destruye, de manera que no se puede volver atrás a ver que opinaron de ese médico si es que luego comete algún desastre, en el futuro. Qué tendríamos que hacer para empezar a hacer la recertificación más en serio. Yo pensaba que en la carpeta de cada uno en ese gran consejo, tendría que haber dos cartas de aval, que digan yo en este momento avalo las condiciones éticas, psíquicas y

físicas de este médico para ejercer la cirugía.

Ahora como hacemos un examen. Piensen Uds. si cualquiera de nuestros profesores da examen de recertificación y no aprueba, comienza el rumor. El jefe no aprobó el examen. Los residentes le pierden todo respeto. Hay que idear un examen que sea totalmente anónimo. Que sea escrito y que pueda dar examen de los tópicos en que está trabajando en ese momento. Además se podrá repetir todas las veces que uno quiera, hasta que lo apruebe. Actualmente en la Asociación, si no se aprueba dos veces la recertificación nunca más en la vida se puede recertificar.

Eso, se hizo para que no se tiren lances, pero creo que con un examen de 150 ó 200 preguntas evita esa posibilidad. Si las sabe bien y si no las puede dar hasta que las sepa. No es fácil de instrumentar porque los tribunales son difíciles, pero se debe evitar todo enfrentamiento cara a cara de personas de muy alto nivel, porque ello traería un enorme conflicto. Pero no se puede recertificar sin una evaluación un poco más profunda de la que estamos haciendo. Fijense lo que esta pasando en los EE.UU. Cirujanos generales, el 71% hace gastroenterología, el 6% vascular, el 2% cabeza y cuello. Esto es una idea de lo que es la cirugía general. Si uno se quiere recertificar y se dedica a mama, aunque sea un cirujano general, le van a dar un examen que tenga un 10% de conceptos generales y un 90% de mama, que es lo que él está haciendo.

Sin embargo, eso todavía esta dentro de lo que es la cirugía general, y esto va a ir cambiando, porque en el futuro se va a ir haciendo cirujano de trasplante y va a tener que dar recertificación de trasplante. Yo creo que un vicio muy importante de nuestro país, es empezar a crear cada vez más subespecialidades. Y cada vez que se crea una cosa nueva hay que hacer una sociedad. Si nosotros no empezamos a planear cómo recertificar a los cirujanos, y nos quedamos con los brazos cruzados, ya se está hablando en la Secretaría de Salud Pública, con la Facultad de Medicina, con la Asociación de Cirugía y con el Consejo de Recertificación para la recertificación. Y ya esta el gobierno entrando a la recertificación. Y si nos escapa esto a los pares, y a pasar como el consejo Nacional de Residencias Médicas. Cuando entró a la esfera del estado, terminó todo eso y volvió a la anarquía que está hoy en casi todos los lugares del país".

La exposición precedente, por su contenido y el prestigio de su autor, me exige de continuar con consideraciones sobre el tema.

Pero es necesario recalcar que la recertificación es una realidad del presente y una certeza del futuro inmediato y lo más conveniente es encararla con decisión lo más rápidamente posible, un lugar de simular ignorarla, hasta que nos la impongan desde afuera.

7.4.3 Del marco bioético del ejercicio profesional

Se denomina bioética al "Estudio sistemático de la

conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales" Reich W. T. En otras palabras, el marco bioético de nuestro ejercicio profesional, es ni más ni menos que el análisis de nuestra conducta o nuestros actos médicos sean diagnósticos o terapéuticos, no a la luz de la ciencia médica, que es lo que presupone, sabemos por nuestro diploma, sino a la luz de otra ciencia, la moral y su teoría, la ética.

El único dato sobre la realidad actual del encuadre sistemático del ejercicio profesional sobre este aspecto, está referido en el capítulo 5 donde se estudian los aspectos autoeducativos de los servicios de cirugía encuestados, que demuestra que el 49% de los mismos efectúa ateneos bioéticos, o sea que se ocupan específicamente del tema. Es menester recordar el sesgo que posee esa información, por provenir de los 31 servicios que respondieron, de los 90 encuestados, inscriptos voluntariamente en la Asociación Argentina de Cirugía, lo cual permite suponer que son los mejores o que así se consideran.

La bioética es sin lugar a dudas una muy novel disciplina y por ende es también muy novel su aplicación a la Medicina y las otras ciencias de la vida o la salud. Esto no debe llevar a confusión y permitir inferir que antes que ella, la ética y la moral no jugaban ningún papel en el ejercicio profesional médico y en el quirúrgico en particular, ambas están indisolublemente ligadas a los albores de la medicina misma y baste con repasar nuestro juramento hipocrático, para reafirmar que es una densa exposición de conceptos éticos y morales.

La diferencia está, en que una cosa es actuar respetando conceptos éticos y morales y otra hacerlo siguiendo los lineamientos de ambas como verdaderas ciencias. Ello es mucho más riguroso, seguramente mejor, requiere conocimiento de esas propias ciencias y por ende consultas o participación de profesionales de las mismas, para que nuestras decisiones además de ser médicamente correctas, sean bioéticamente correctas.

Si bien estas afirmaciones podrían generar una actitud de asombro, o de incapacidad o peor de rechazo ante la magnitud del problema, es innegable que es el camino y el futuro por donde ha de transitar el ejercicio profesional. Para abonar estos conceptos es oportuno reproducir conceptos de E. Beveraggi que dice: "Ética con mayúscula va a ser fundamental para el cirujano que viene, porque va a tener que resolver u opinar sobre problemas importantes, como son los enfermos terminales, los enfermos que se trasplantan; que se hace cuando uno tiene un respirador y dos enfermos para colocarlos; vamos a tener que tener una bioética o un comité de ética que funcionen en serio, donde intervengan antropólogos, religiosos etc."

"Vamos a tener que tener un respeto absoluto por la autonomía del paciente. El cirujano va a tener que entender en el siglo XXI, que el dueño del paciente es el paciente y después la familia y que uno debe tratar de aconsejar e

indicar lo mejor posible. Esto cambia ese dicho, de que el enfermo es mío, que hemos repetido toda la vida. Vamos a tener que tener un respeto absoluto, y se van a producir tantas cosas, que vamos a tener que hacer funcionar los comités de ética con mayúscula".

Es necesario destacar que para facilitar nuestra tarea, o también para hacer más inexcusable nuestra ignorancia o nuestra indolencia, tenemos el privilegio de contar con la "Escuela Latinoamericana de Bioética", filial de la Asociación Mundial de Bioética con sede en Melbourne, Australia única en su género en toda América Latina. Su sede está en el Centro Oncológico de Excelencia de la Fundación José María Mainetti en la localidad de Gonnet, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

Asimismo es recomendable consultar el Handbook for Hospital Ethics Committees y el protocolo de Bochum para la práctica ético-médica, el cual proporciona una base sistemática para el análisis científico y ético del manejo de un caso médico.

7.4.4 De las condiciones de trabajo y formas de remuneración

Con referencia al ámbito de trabajo, la información obtenida de la realidad actual mediante la encuesta general realizada a los cirujanos, expuesta en el capítulo 4 gráfico muestra claramente que el 61% de los cirujanos trabajan a la vez en establecimientos públicos y privados, que un 27% lo hace exclusivamente en los privados y que sólo un 11% poseen dedicación plena en hospitales públicos.

No se han obtenido datos comparativos previos a esta información, pero no puede dudarse que la actividad y la exclusividad del ejercicio profesional de los cirujanos, en los establecimientos privados debe ir en sostenido crecimiento, por el sólo hecho de que hace 30 ó 40 años, el número de establecimientos privados era mucho menor, tanto en cantidad como en complejidad.

Los elementos de juicio existentes en la actualidad no hacen sino prever una acelerada acentuación de esa tendencia, toda vez que ninguna política ha sido enunciada para priorizar el desarrollo del hospital público sobre el privado. (la privatización de servicios es si una característica bien distintiva del esquema de gobierno); la competitividad del hospital público ante el privado, es más que dudosa por la gran cantidad de capital que requeriría para adecuar sus recursos físicos y equipamiento, intención no expresada en la política económica actual; salvo honrosas excepciones (Hospital Nacional de Pediatría por ejemplo) el Hospital público ha cedido totalmente al ámbito privado, la primacía en lo que se refiere a medios diagnósticos o terapéuticos de alta complejidad y continúa la tendencia en la asignación de recursos y en la consideración misma de la población, de que el hospital público es un establecimiento de beneficencia o de caridad, destinado a aquellos imposi-

bilitados del acceso a la atención privada.

El estudio de la dimensión del ámbito de trabajo, reflejado por el número de camas descripto en el capítulo 4 gráfico 4.12, que en realidad intenta medir la complejidad de los establecimientos, demostró que un 63% de los cirujanos encuestados ejercen en instituciones de menos de 100 camas y el 31% de ellos, en establecimientos menores de 50 camas. Si bien debe tomarse con muchos reparos la analogía número de camas-complejidad, tanto en el sector público como en el privado.

No así en el número de camas, el cual es adecuado o a veces excesivo en algunos sectores sobre todo, porque se las mal utiliza o sub-utiliza y la tendencia actual es incrementar la atención ambulatoria, particularmente la quirúrgica y optimizar el uso de las camas. Es decir, que no es esperable se agranden mucho en el futuro los establecimientos en relación al número de camas. La gran tarea de los cirujanos será propender a mejorar la complejidad y la calidad de la atención, con el mínimo de recursos imprescindibles. Y sobre ello hay mucho, mucho que hacer. Baste con citar la normatización sobre bases científicas y de costo-beneficio de los diagnósticos y tratamientos.

Con referencia a la frecuencia de operaciones o ayudantías que efectúa cada cirujano, las cifras expuestas en el capítulo 4 resultantes de la encuesta general, permiten afirmar, que en la actualidad, una buena parte (casi la mitad) de los cirujanos, están subocupados o desocupados, porque el 45% de la muestra opera o ayuda menos de 20 veces por mes, lo cual significa menos de cinco intervenciones (como cirujano o ayudante) por semana.

Este resultado no puede sorprender, en razón de que todos los índices demuestran una excesiva relación médico habitante y suponemos también cirujano-habitante en, el país. Vale la pena destacar que la referida frecuencia de intervenciones o ayudantías mensuales, no muestra diferencias significativas, cuando se las estudia según la antigüedad en el ejercicio profesional. Es decir que están tan

subocupados o desocupados los recién certificados, como los que superan los veinte años de profesión quirúrgica.

No es fácil inferir el futuro de este aspecto, pero salvo esperar un gran incremento en la demanda de intervenciones quirúrgicas, cosa que no es probable, o una drástica disminución del número de cirujanos, aspecto tampoco previsible, la referida situación actual, se mantendrá sin variantes de importancia. Ante esta situación, sería aconsejable disminuir los esfuerzos en la formación de nuevos cirujanos y desplazarlos hacia el perfeccionamiento y superación de la calidad de los actuales, que de acuerdo a numerosos indicios, sin duda lo necesitan.

La remuneración del cirujano constituye un aspecto sumamente preocupante por su realidad actual y su proyección futura.

En el capítulo 4 se analiza la modalidad de remuneración, excluyendo la situación del hospital público, es decir se muestra qué tipo de remuneración perciben los cirujanos de nuestra muestra, que ya se ha advertido es bastante particular, en su ejercicio en los establecimientos privados.

La conclusión es que el 67% de los casos ejerce mediante el "pago por prestación" el 17% a través del "convenio particular con el enfermo" y el 15% en relación de dependencia es decir "a sueldo".

La relación de estas modalidades con la antigüedad en el ejercicio profesional muestra diferencias altamente significativas pues el grupo superior a 20 años de antigüedad demuestra un 24% de modalidad por "convenio particular" en tanto que el grupo menor de 10 años sólo exhibe un 4% de remuneraciones con esa modalidad.

Por tanto y de acuerdo al sesgo que le podemos adjudicar a la muestra (cirujanos mayoritariamente con antigüedad elevada y alta jerarquía profesional, todos MAAC) seguramente que el porcentaje de los que ejercen por "pago por prestación" es la gran mayoría, probablemente superior al 70%.

Es preciso entonces para conocer la realidad, exponer

Gráfico 7.1
Aranceles quirúrgicos en diferentes lugares del país

	La Plata	Neuquén	Salta	Capital
	Valor galeno	Valor galeno	Valor galeno	Valor galeno
	\$0,68 o sea	\$0,91 o sea	\$0,69 o sea	\$1,15 o sea
	INOS x 2,95	INOS x 3,95	INOS x 3	INOS x 5
Operación	Hon. Ciruj.	Hon. Ciruj.	Hon. Ciruj.	Hon. Ciruj.
Apendicéc.	114,24	152,88	115,92	193,20
Hernia	130,05	174,04	131,96	219,93
Eventr.	155,04	207,48	157,32	262,20
Colecistéc.	189,72	253,09	192,51	320,85
Colec. seg.	171,87	248,20	174,39	290,66
Hemicolect.	253,47	339,20	257,19	428,66
Tiroidec.	171,87	248,20	174,39	290,66

cuales son los valores actuales de esa modalidad de "pago por prestación".

En el gráfico 7.1 se muestran los valores actuales en distintas localidades, de acuerdo a la información obtenida, que si bien no es una muestra sistemáticamente obtenida del todo el país, por escapar ello a las posibilidades de investigación de este relato, constituye al menos una referencia veraz, que permite por analogía, inferir los valores reales, por los cuales ejercen la mayoría de los cirujanos argentinos.

El valor galeno de La Plata se calculó en base a un promedio del valor correspondiente a 64 obras sociales que tienen convenio con la Agremiación Médica Platense. Existe un grupo de médicos, que percibe arancel diferenciado, que alcanza en su categoría máxima, el 100% del valor estipulado.

El valor de Neuquén es lo único percibido por los médicos, no pudiéndose en ningún caso percibir aranceles diferenciados o cualquier otro sobreprecio.

En Salta el valor galeno señalado se abona a los profesionales comprometidos a no cobrar arancel diferenciado. A los otros se les abona un galeno de 0,23 o sea INOS x 1 y el resto lo abona el enfermo.

En Capital el valor galeno que figura, es un promedio de lo abonado por los prepagos a los Hospitales Italiano y

Británico de Buenos Aires.

Estos valores ejemplifican de alguna manera qué es lo que realmente cobran los cirujanos argentinos por su trabajo. Además es necesario hacer notar ciertas graves falencias del Nomenclador Nacional, como por ejemplo que una esofagoscopia con instrumental rígido, para extraer un cuerpo extraño de esófago, está valorado en 15 galenos o sea que con su valor más alto que es \$ 1,15, significa \$ 17,25 por todo concepto. Si el caso fuera de un galeno a \$ 0,68 el honorario sería \$ 10,20.

Además una consulta o sea el honorario por la atención a un paciente, que es también parte importante e imprescindible del buen ejercicio de la cirugía, está valorado en 10 galenos o sea que oscila entre \$ 6,80 y \$ 11,15.

Estas cifras que alternan entre el costo de la reparación de una pinchadura de una goma de un auto y el de un corte de pelo a un varón en una peluquería de segunda categoría, representan realmente una afrenta a la ética misma del ejercicio profesional.

Es importante destacar que la preocupación que embarga a todos por esta situación, fue ya asumida hace más de dos años por la Asociación Argentina de Cirugía, que a través de su Comité de Asuntos Profesionales y en conjunto con otras sociedades quirúrgicas, elaboró un Nomenclador de Prestaciones Quirúrgicas, donde ellas se agrupan en seis niveles de complejidad, con los siguientes valores:

Aranceles quirúrgicos del Nomenclador de la Asociación Argentina de Cirugía

Operación	Mutualidades Básicas			Mutualidades Jerarquizadas		
	Cat. A \$	Cat. B \$	Cat. C \$	Cat. A \$	Cat. B \$	Cat. C \$
Apéndicec.	46	100	200	100	200	400
Hernia	48	100	200	100	200	400
Eventr.	96	200	400	200	400	800
Colecistec.	96	200	400	200	400	800
Colec. seg.	192	400	800	400	800	1600
Hemicolect.	192	400	800	400	800	1600
Tiroidec.	384	800	1600	800	1600	3200

No obstante ello, que significó un esfuerzo notable y además, creo yo, el primer ejemplo de un cambio sustancial en la historia de las políticas y actividades de nuestra Asociación, coherente con la modificación del Estatuto aprobado en 1990, la tarea que falta realizar es casi colosal, pues será necesario luchar, hasta con heroísmo, por parte de la Asociación y sobre todo de cada uno de nosotros, para obtener una valoración mínima respetable del ejercicio de la cirugía en el futuro.

El problema de la cobertura por el riesgo de demandas por responsabilidad en el ejercicio profesional, fue inves-

tigado y expuestos sus resultados en el capítulo 4. Allí se muestra que algo más de la mitad de los cirujanos encuestados 57% no posee seguro o sea cobertura por la eventualidad de una demanda por responsabilidad en el ejercicio profesional; y que las demandas que han sido efectivizadas, se distribuyen de igual manera entre los distintos grupos de antigüedad.

Atento a estos resultados debería aconsejarse en el futuro, que la existencia o no de cobertura debería ser independiente de la antigüedad del cirujano. Es decir, los cirujanos noveles deben considerar la necesidad de cober-

tura de igual forma que los más antiguos.

Respecto de la necesidad misma de cobertura por responsabilidad profesional, los datos de la encuesta muestran que el 21% de los cirujanos ha sido demandado. Ese es el porcentaje de riesgo actual de demanda, que no debe confundirse con el de condenas, que no fue investigado. De cualquier manera, una demanda constituye una muy seria preocupación y un elevado costo, sin considerar el de la mencionada condena. Si para utilizar un ejemplo mucho más afín con nuestra materia, comparamos ese valor de 21% con el riesgo de contraer SIDA o hepatitis (aunque aquí los valores no son materiales) y allí, lo aconsejable sin lugar a dudas es protegerse, no cabe dudas que es preferible poseer cobertura por ese riesgo eventual.

Además es innegable que crece en el mundo, no sólo en Argentina, el concepto de proteger, preservar y garantizar los derechos del ciudadano ante cualquier evento o riesgo que lo afecte. Y también crece cada día más, la complejidad y por tanto las probabilidades de eventos inesperados potencialmente dañinos en nuestro ejercicio profesional. Todo esto, sin computar ese remanido argumento, no deseable, de la incentiación que genera en las demandas, la disponibilidad de abogados y los potenciales beneficios económicos, que estos litigios significan para los mismos.

7.4.5 De su actualización en la especialidad

La investigación sobre la realidad actual del tema, se efectuó mediante el interrogatorio sobre el número de revistas o publicaciones que cada cirujano recibe personalmente o en el servicio donde actúa y el número promedio de congresos a que asiste anualmente. Dicha información se muestra en el capítulo 4 donde también se analiza su relación con la antigüedad en el ejercicio profesional.

Si bien estos únicos parámetros no son suficientes para medir con precisión la variable en cuestión, hay dos cosas preocupantes en los resultados.

La primera, que exista un 13% de cirujanos de esta muestra de por sí seleccionada, que no reciben publicación alguna, ni por sí, ni en la institución donde actúan.

La segunda, que exista una diferencia estadísticamente significativa, en ambas variables exploradas, entre los cirujanos de menos de 10 años y los mayores de 20, a favor de estos últimos. Es decir, que reciben, más revistas y asisten a más congresos. Si bien alguien podría argumentar que ello es debido a una mayor necesidad de actualización de los cirujanos de mayor antigüedad, debe privar el concepto de que la actualizaciones una necesidad permanente del ejercicio profesional presente y futuro y su concreción un hábito que es altamente peligroso no lo posean justamente, quienes potencialmente ejercerán la cirugía por mayor tiempo.

Si algún concepto es fácilmente inferible del futuro del ejercicio profesional, es justamente la necesidad imperiosa de revalidar los conocimientos, pues es casi una certeza, que el tiempo que insueme la publicación de un libro de medicina hace inevitable la desactualización de alguno de sus conceptos y que los conocimientos impartidos en cualquier programa de enseñanza-aprendizaje de medicina, estarán en parte perimidos al momento de la graduación del educando.

Considero luego de esta frondosa disquisición, sobre el futuro del cirujano general, que es imposible finalizar el mismo sin transcribir los conceptos de Guy de Chauliac, denominado el Padre de la Cirugía citado por Kovarick⁵¹ de la manera siguiente:

"Las condiciones necesarias para un cirujano son cuatro:

- 1º Debería ser instruido.
- 2º Debería ser experto.
- 3º Debería ser ingenioso.
- 4º Debería ser capaz de adaptarse a las circunstancias.

Se requiere para lo primero, que el cirujano conozca no solo los principios de la cirugía, sino los de la medicina en la teoría y la práctica.

Se requiere para lo segundo, que haya visto operar a otros.

Se requiere para lo tercero, que sea ingenioso, de buen juicio y con buena memoria para reconocer las circunstancias.

Se requiere para lo cuarto, que sea adaptable y capaz por sí mismo de adecuarse a las circunstancias.

Dejen al cirujano ser firme en las cosas ciertas y temeroso de las peligrosas; déjenlo evitar toda práctica o tratamiento erróneo.

El debe ser compasivo con el enfermo, considerado con sus colegas, cauteloso en sus pronósticos.

Permítanle ser modesto, digno, gentil, piadoso y agradecido; no codicioso ni extorsionador con el dinero; mas bien permítanle que su recompensa sea acorde a su trabajo, a los medios del paciente, a la calidad de su producto y a su propia dignidad.

No importa cuantas veces uno haya efectuado un procedimiento, nunca debe convertirse en tarea de rutina, el cuidado de los detalles es la constante de nuestra tarea". Realmente tengo la necesidad de expresar, que al momento de leer esos conceptos vertidos hace seiscientos años, tuve la desoladora sensación, de que mis dos años de trabajo, eran casi en vano; la esencia del futuro deseable de un buen cirujano del siglo XXI? fueron clarísimamente expuestas y están plenamente vigentes, por alguien antes que yo, en el año 1300.

VII - EL FUTURO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA

Comenzaremos por repetir aquí la definición referida a qué es un servicio de cirugía elaborada y expuesta en el capítulo 5 que dice: "Es una organización, o sea una asociación de dos o más cirujanos, dotada de recursos propios o compartidos, regida por normas implícitas o explícitas de atención quirúrgica, ingreso y selección de recursos humanos, actualización y perfeccionamiento de conocimientos, docencia e investigación básica y clínica, auditoría interna, control de gestión, registro de datos etc., etc., cuyo objetivo es permitir el ejercicio profesional quirúrgico o sea efectuar acciones diagnósticas y terapéuticas de índole quirúrgica, con la mejor calidad posible".

Esta definición que no pretende ser completa, pero que señala una aspiración o tendencia hacia un modelo ideal, debe tener también una delimitación de nivel mínimo, o sea de organización lo más simple posible pero coherente con el concepto de servicio. No es intención de este relato establecerlo, pero al menos general la inquietud de que en algún momento ello debe ser definido. Por el momento diremos que lo menos que debe reunir una organización para denominarse como tal, es la presencia de dos cirujanos y recursos suficientes para poder ejercer la atención quirúrgica o buena calidad.

El estado actual de los servicios de cirugía está reflejado en el capítulo 5 de este relato producto de la encuesta efectuada a los servicios inscriptos en la Asociación Argentina de Cirugía, que son 90, de los cuales respondieron en tiempo y forma 31. Como ya fuera referido, estos datos constituyen una muestra muy especial de los servicios de cirugía argentinos toda vez que dicha inscripción es el primer paso, hacia la categorización de los mismos, sistema ofrecido a quien voluntariamente lo desee por la Asociación Argentina de Cirugía, lo cual obliga a inferir que es una muestra de los mejores o de los que así se consideran.

8.1 De los aspectos administrativos, organizativos y de producción.

El estudio de la dependencia institucional de los servicios expuesta en el capítulo 5 mostró un 65% dependientes del estado contra un 35% del sector privado. Ello coincide de alguna manera con las cifras resultantes del ámbito de trabajo de los cirujanos expuestas en el capítulo 4, que también señala una mayoría a favor del hospital de dependencia estatal. Como fuera señalado en el capítulo 7 en oportunidad de analizar el futuro de la dependencia institucional o ámbito de trabajo de los cirujanos, idénticos conceptos valen para el futuro de la dependencia institucio-

nal de los servicios de cirugía. La evolución histórica y las tendencias actuales allí referidas, hacen prever un sostenido incremento de la dependencia privada de los servicios, y en este caso no sólo porque se creen nuevos sino sobre todo, porque muchos de lo privados, ya existentes, se van a adecuar rápidamente en organización y recursos al nivel mínimo de definición compatible con el concepto de servicio de cirugía, que hasta ahora no conforman, no obstante, ser ámbitos de atención quirúrgica.

La posesión de internación propia o diferenciada, es decir de camas propias o compartidas con el resto de las especialidades, estudiada en el capítulo 5, mostró una mayoría evidente (70%), para la pertenencia de camas propias, observándose que ello guarda íntima relación con la dependencia institucional. Los servicios con internación propia son los de dependencia estatal, los que tienen internación indiferenciada son los de dependencia privada.

Si tenemos en cuenta los factores pronósticos apuntados sobre el futuro de la dependencia de los servicios y del ámbito de trabajo de los cirujanos, debemos concluir que el futuro, es el desarrollo del sector privado y con ello el aumento de los servicios con sector de internación indiferenciada. Además hay otra razón de peso para pronosticar esa tendencia y es que en la organización hospitalaria actual, prima el concepto de subdivisión por complejidad de atención médica, por sobre el antiguo esquema de la partición por especialidades.

En igual sentido la investigación sobre la posesión de quirófanos propios o centrales expuesta en el capítulo 5, mostró que dicha organización solo se constata en el sector estatal, pero aún allí constituye una rareza (7%) de los casos. Y sin lugar a dudas, esa será la realidad futura.

El sistema de remuneración a los cirujanos en los servicios estudiados expuesto en el capítulo 5 muestra que el 69% de los casos es por sueldo, el 24% por prestación y el resto por sistemas mixtos o varios. Estos resultados son producto de que en la muestra son preponderantes los servicios estatales, pues al relacionar las variables, como se observa en el capítulo 5, resulta que el pago por prestación constituye una rareza en el hospital público y la modalidad de sueldo adquiere igual condición en el sector privado.

De acuerdo a lo expuesto, es inferible para el futuro un crecimiento de la modalidad de pago por prestación en función del probable crecimiento del sector privado, pero no por un cambio en el sector público. Sin embargo ello dependerá en gran medida de la capacidad de negociación de los propios cirujanos, pues de lo contrario se encontrarán a merced de las conveniencias de los sectores institu-

cionales con prescindencia de las propias. Una de las condiciones principalísimas para la fortaleza en la capacidad de negociación será sin lugar a dudas, el poder efectuarlo en forma corporativa, pues hacerlo en forma individual, será sin lugar a dudas una gran ventaja para la otra parte.

La magnitud del trabajo de los servicios de cirugía se investigó analizando el número promedio de intervenciones mensuales, que puede observarse en el capítulo 5. Allí se demuestra que la mayoría, cercana al 60% de los servicios estudiados, tienen una frecuencia de intervenciones mensuales inferior a 90. Es decir, que se efectúan alrededor de 20 por semana o 4 por cada día hábil, lo que considero debe ser valorado como escaso. No obstante debe computarse que estas cifras sugieren, igualmente ello coincide con los resultados obtenidos al estudiar el número de camas de los establecimientos donde trabajan los cirujanos, que demostró una tendencia general a instituciones de mediano o pequeño tamaño y también al número de intervenciones por cirujano, que en su mayoría fue de escasa o mediana magnitud.

No es sencillo predecir el futuro de la magnitud del trabajo de los servicios, pero es razonable esperar que ella va a relacionarse con la complejidad de la cirugía hasta un determinado nivel, tanto mínimo como máximo, que sería importante intentar establecer. Por debajo de un determinado número de intervenciones el nivel de complejidad se limitaría, debido a la imposibilidad de financiación del equipamiento. Por encima de un determinado número, el nivel de complejidad se limitaría por la dificultad en mantener la calidad de la atención médica.

El estudio del mecanismo de selección de personal demostró que existen concursos siempre en el 55% de los casos, a veces en el 27% y nunca en el 17% y su relación con la dependencia de los servicios demuestra que es en el sector privado donde menos se efectúan. Si hemos referido que probablemente este último es el sector con mayor potencialidad de desarrollo, es esperable que su frecuencia se incremente y que exista siempre un mecanismo sistemático de selección de personal, en función de asegurar la incorporación de los mejor dotados.

El promedio de días de estadía por paciente en los servicios estudiados resultó superior a siete días en la mayoría de ellos y cuando se lo relacionó con la dependencia institucional se observó diferencia significativa con el sector privado donde nunca superan los seis días. Si bien ello es fácil de explicar por la índole de la patología y los problemas sociales que atiende el hospital público, es innegable que la tendencia futura es hacia la disminución del promedio de internación por paciente, así como a la cirugía directamente ambulatoria.

La investigación sobre la existencia de normas de

ingreso, de diagnóstico y tratamiento y su actualización periódica, demostró de manera general su existencia en el 60 ó 70% de los mismos y su actualización anual en el 50 ó 60% de la muestra de servicios estudiados.

Este aspecto de la existencia de normas explícitas de atención merece un comentario especial.

Es indudable respecto del contenido cognoscitivo de las normas específicas de diagnóstico y tratamiento que él está indisolublemente ligado a la calidad o nivel de conocimiento de los propios especialistas. Cuanto más elevado ese nivel, menos necesaria la existencia de normas explícitas al respecto. Sin embargo aún en este aspecto del nivel cognoscitivo de las normas de diagnóstico y tratamiento es indudable que hoy día y probablemente en el futuro incrementen: para un determinado problema diagnóstico o terapéutico existen más de una o de dos o de tres soluciones aceptables. Es debido a ello que en estos casos a los efectos de efectuar un ejercicio quirúrgico de conjunto, que permita comparar experiencias y extraer conclusiones es recomendable elaborar normas explícitas, para el manejo conjunto del servicio de cirugía.

Creo que existe otro aspecto en el presente, que se va a agigantar en el futuro, que influye e influirá en todas las acciones diagnósticas y/o terapéuticas y por tanto, deberá ser tenido incontestablemente en cuenta en el ejercicio profesional y plasmado en las normas de atención, que es el factor costo-beneficio.

Y este factor no tiene una íntima relación al menos por ahora, con la calidad o nivel de formación de los respectivos especialistas o cirujanos, dependiendo de muchos otros factores nacionales, provinciales o regionales altamente cambiantes, que en general no figuran nunca en nuestros medios habituales de actualización en la especialidad. Por el contrario en general se los ignora o distorsiona, enmascarándolos con las supuestas bondades de todo lo nuevo, lo complejo, lo supuestamente más veloz, lo menos cruento, lo más estético, etc. etc.

Para enfatizar este aspecto, a mi entender muy importante del ejercicio futuro de la profesión, valen dos conceptos principales. El primero que es necesario introducir el factor costo-beneficio en nuestro ejercicio profesional por la magnitud que está adquiriendo la atención médica en el gasto total de recursos. El segundo, porque ese gasto ha llegado en muchos casos a un máximo muy difícil de superar y nosotros mismos, los médicos y los cirujanos, debemos evitar se dispense o malgaste pues al fin y ello ya ocurre en estos momentos termina afectando nuestros propios ingresos y favoreciendo a otros sectores involucrados en el sector salud cuya actividad en el ramo tiene como único interés el factor lucro, sin ninguna de las limitantes ético-morales que caracterizan nuestro ejercicio profesional.

Dice Paul Spence⁹⁴: "Una masiva reestructuración de la salud de los EE.UU. es necesaria y está en marcha. Hoy en día el presupuesto de salud insume el 13% del PBI y los

expertos predicen que los mismos siguen aumentando: al ritmo actual, consumirán nuestro PBI entero para el año 2025. Más allá de los malos augurios de los expertos, está la realidad de las tendencias demográficas. La gran masa de población que dentro de 20 ó 30 años alcanzará edades de alto consumo de atención de salud, probablemente no recibirá el mismo grado de asistencia que recibe hoy".

Dice Beveraggi¹⁴: "Los EE.UU. el año pasado gastaron 817.000 millones de dólares, para que impacte más, 2.600 millones por día, sin haber mejorado muchos standards y están muy preocupados porque mucha gente no tiene atención médica.

En estos gastos crecientes en salud vamos a tener que participar nosotros, porque no vamos a poder malgastar el dinero en cosas superfluas o que no tengan un verdadero análisis médico y científico".

Dice María C. Vargas⁹⁹: "Los gastos públicos sociales en Argentina (Previsión social, Salud, Educación, Vivienda, Nutrición, Agua y servicios sanitarios, Asignaciones familiares, Promoción y asistencia social y Deportes y turismo social) son altos en términos del PBI comparados con otros países de la región (Brasil 18%) y del mundo desarrollado (26% del PBI), pero considerados por habitante (u\$s 556) no llegan a un tercio de los consumidos por estos últimos (u\$s 2500) y resultan superiores a los de América Latina (u\$s 356). Sin embargo, no puede afirmarse que estos gastos sean plasmados en una mejor situación de la población. Los gastos correspondientes al sector salud representan la cuarta parte de los sociales (25%) y ocupan el segundo lugar en el ranking sectorial, precedidos sólo por Previsión (34%) y seguidos por educación (20%)".

De acuerdo a la información provista para 1986 el gasto en salud fue de 7.045 millones de dólares, equivalentes a 227 dólares por habitante. El nivel del gasto como proporción del PBI es de 8,95% y ubica a la Argentina en el promedio de los países avanzados y por encima de aquellos en desarrollo. Esta situación no parece corresponderse con la cantidad y calidad de los servicios prestados".

Las apreciaciones precedentes y muchas otras referencias, abonan el concepto de que será muy difícil asignar más recursos al sector salud.

El único camino viable para aumentar y/o mejorar la atención será pues incrementar su eficiencia y eficacia. En ello somos protagonistas indiscutibles no sólo como interlocutores científicos, sino también como reservas morales en un sistema perverso, donde por ejemplo llega a ser más alto el valor de la participación ofrecida por la utilización de una prótesis o una sutura automática, que el honorario íntegro fijado para la intervención quirúrgica y la atención postoperatoria del paciente.

Este tema, que no dudaría en calificar como una severa falta ético-moral involucrada en esa nueva modalidad universal de transgresión a las normas, denominada "corrupción", debería ser incluido específicamente en nues-

tros códigos de ética. Sería una buena contribución al mejoramiento de nuestro ejercicio profesional y un adelanto a la penalización del mismo, por parte de la sociedad en general, que transita rápidamente y en todo el mundo en ese sentido.

8.2 De los aspectos educativos

Tal como se hiciera en oportunidad del análisis de la situación actual en el capítulo 5, dividiremos los aspectos educativos en dos áreas, las autoeducativas o de autoformación y las docentes.

Se clasificó como actividades autoeducativas a los comités de historias clínicas, el índice de autopsias, los ateneos bibliográficos, los ateneos anatomoclínicos, los ateneos bioéticos, la cirugía experimental, la recepción de revistas de la especialidad, las conferencias de invitados especiales la existencia de áreas de estadística y análisis de datos y la cirugía teórica. Estas dos últimas fueron consideradas como actividades novedosas entre las actividades autoformativas, en tanto que las restantes se las consideró como tradicionales.

Los resultados expuestos en el capítulo 5 demuestran un alto porcentaje de casos donde esas actividades clasificadas como tradicionales no se efectúan o se lo hace con extrema baja frecuencia.

Es aceptable que en esta muestra, representación de los mejores servicios, en el 24% de los casos o sea en casi un cuarto de los mismos no se reciba la Revista de la Asociación Argentina de Cirugía, ni ninguna otra? Realmente los datos expuestos son preocupantes y se agravan de manera sustancial, cuando se estudian las actividades docentes. Resulta que el 80% de esos mismos servicios, son asientos de programas educativos de residencias o sea lo mejor que ofrecemos, como sistema de enseñanza-aprendizaje de posgrado. Allí se forman nuestros futuros cirujanos. Es casi obvio señalar que dicha tendencia debe ser rápida y enérgicamente revertida, tanto desde el nivel particular de los servicios, como desde el nivel Institucional de las entidades dirigentes, sean estas estatales como los respectivos ministerios o municipios o privadas como la propia Asociación Argentina de Cirugía.

El estudio de las actividades docentes tanto en su aspecto de pregrado, como de postgrado y residencia que fue objetivado en el capítulo 5 gráficos 24, 25 y 26, demuestra que en la actualidad el 80% de los servicios poseen programas de residencias, el 63% de pregrado y el 61% de postgrado.

Asimismo se observa que la existencia de programas de residencia es independiente de la dependencia del servicio.

Se presentan con igual frecuencia en servicios dependientes de órbita oficial o privada en tanto que la enseñanza de pre y postgrado es una constante de los servicios universitarios, de los nacionales y los municipales repar-

tiéndose por partes iguales en, el sector provincial y privado, entre quienes tienen y no tienen dichos programas.

Quizás estas cifras, por su escasez numérica no permitan inferencias correctamente fundadas. Pero dan lugar a ciertas disquisiciones que al menos nos deben plantear interrogantes.

Darfa la impresión que nuestros servicios en general y sobre todo los privados, se ocupan mucho más de la enseñanza de postgrado a través de la residencia que del pregrado.

La pregunta es dónde se aprende el pregrado si quienes se ocupan son muchos menos y quienes deben aprender lógicamente muchos más, por ser todos aspirantes a médicos? No es ésta, otra muestra de la superlativa importancia que inconscientemente nos conduce a un exceso de especialización? Qué factores inducen a ocuparse preferentemente del postgrado a través de la residencia y no del pregrado? Es más conveniente ello y por qué? Esa convención es a favor o en contra de la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje de los residentes? A quien sirve más en las circunstancias actuales un programa de residencia, a los residentes o a la institución que hace la oferta?

El futuro de estos aspectos dependerá de un cúmulo de circunstancias, que están más allá de la profesión quirúrgica y médica y de las mismas autoridades de salud, pues entra directamente en la órbita de la educación y específicamente de la Universidad.

Sin embargo, los cirujanos y los servicios de cirugía son y serán los protagonistas del proceso. De su conocimiento y decisión dependerá que sean protagonistas conscientes o inconscientes del mismo y con ello del futuro de los cirujanos.

13 La acreditación de los servicios

Así como a nivel individual o personal del cirujano ocupamos largamente sobre certificación, a nivel de servi-

cios o sea organizaciones o instituciones es necesario ocuparse de la acreditación. Ella implica una clasificación o categorización institucional de acuerdo a determinados parámetros con obvia aspiración a la mejor calidad de atención médica.

En ella se consideran muy diversos aspectos como los recursos humanos, los físicos, los instrumentales, los de funcionamiento, etc.

No debe confundirse con complejidad. No siempre la complejidad es sinónimo de buena calidad. Puede ser atención de la más baja complejidad y excelente y de la más alta complejidad y pésima calidad. No es fácil mostrar muchos ejemplos nacionales al respecto. Por el contrario son de sobra conocidos los modelos extranjeros, sobre todo los de EE.UU.

A nivel de la Provincia de Buenos Aires existe el decreto 3280/90 que instituye el Reglamento de Establecimientos Asistenciales, que obliga a los mismos a presentar un formulario declarando la existencia de diferentes parámetros, de acuerdo a los cuales se los categoriza en cuatro grados o niveles.

Desde luego se refiere a Instituciones hospitalarias o sanitarias y no específicamente a los servicios de cirugía, pero de alguna manera los incluye.

Sin embargo, es más una clasificación por nivel de complejidad que una verdadera acreditación.

El otro ejemplo es nuestra Asociación Argentina de Cirugía, que desde 1985 instrumentó un sistema de acreditación de servicios absolutamente voluntario. Sobre el tema es indudable que la realidad actual sólo es una muestra de su inexistencia.

Sin embargo, las muy tenues iniciativas referidas y la tendencia universal a mejorar la calidad y garantizar la atención en base a la información y al establecimiento de unidades de medida y metodologías de comparación, hace casi una certeza, que la acreditación de servicios, será una realidad mandataria en un futuro no muy lejano.

IX - CONCLUSIONES

En relación a la definición de la especialidad, sus subdivisiones, sus incumbencias y sus interrelaciones, con la medicina primero y con el resto de las especialidades después, es preciso primero registrar la información del país entero y luego entre todos y en comunión con las otras otras disciplinas, delinear con precisión y desprovistos de mezquinos objetivos lo mejor para la salud de la sociedad toda.

En relación a la enseñanza de pregrado, de la cual somos directos responsables, tenemos el deber de

anuar opiniones, para definir claros objetivos y metodologías de enseñanza para todas las escuelas del país, adecuándolas a las características regionales y docentes de cada universidad en particular.

- 3- En relación a la enseñanza de postgrado, es una necesidad imperiosa definir con precisión el perfil del futuro cirujano y con ello unificar los objetivos y metodologías de aprendizaje y evaluación a aplicar en cualquier servicio del país, que posea programas de residencia.

Asimismo es imprescindible sistematizar, promocionar y brindar accesibilidad, a todo sistema de actualización permanente del cirujano ya formado.

- 4- En relación al ejercicio profesional, es necesario en primer lugar crear y mantener actualizado el más ajustado registro sobre quienes y cuantos somos, su distribución geográfica, su edad y antigüedad en el ejercicio, su ámbito y dependencia de trabajo, los regímenes de ingreso, los sistemas de calificación y promoción, los montos y sistemas de remuneración, las normas legales generales y regionales de trabajo, la existencia y tipo de coberturas por responsabilidad profesional y concientizar sobre el creciente reclamo de la sociedad universal, de profundizar en la búsqueda de realzar los valores bioéticos y humanitarios,

- 5- Pero por encima de todos estos elogiados objetivos, es a mi entender necesario prevenir, que nada de ello será alcanzado sin dos condiciones:

- I- La más absoluta convicción del imprescindible protagonismo en todo ello por parte de cada uno de nosotros y el aporte personal y concreto en ese sentido, en toda oportunidad que se presente o se nos solicite.
- II- Una Asociación Argentina de Cirugía cada vez más prestigiosa, inevitablemente más compleja, que presida, organice y ejecute esas acciones y se erija sin discusiones ni mezquindades personales o regionales en la entidad rectora de todos los cirujanos argentinos.

X - Epílogo

Cirujanos y cirujanos

Si luego de esta tediosa exposición o de la pesada lectura del relato, percibís una amarga sensación, mezcla de culpa, preocupación y desesperanza, que los conduce a bajar brazos con abatimiento, por favor, contagios de quien el transcurrir de dos largos años de pacientes indagaciones y reflexiones, cambió ese mismo primer sentimiento, por el totalmente opuesto, el más firme optimismo.

El tema que supistes elegir, por primera vez en la historia de la cirugía argentina, asegura que hemos emergido de la peor y más primitiva de las ignorancias, el desconocer que no sabemos algo. El gran Sócrates concluyó: "Sólo se que no se nada" y Kant algo más recientemente expresó: "El riesgo de los hechos nuevos y diferentes, no es que sean refutados, sino que no sean comprendidos".

Los cirujanos argentinos hemos percibido a partir de ahora un problema que desconocíamos, festejémoslo. En este trabajo se ha hecho un diagnóstico, se han señalado etiologías, fisiopatologías y algunas terapéuticas. Nadie vaya a inferir que ellas son todas completas, ni correctas, ni suficientes. Pero yo sueño con que son el punto de partida de la revolución que precisa nuestra querida cirugía. La solución y resultado final no lo podrá dar nadie personalmente, será inevitablemente el resultado de la tarea y la decisión de absolutamente todos.

Estimados colegas, el futuro del cirujano general y de

los servicios de cirugía, por suerte, lo desconocemos con certeza. Si así fuera viviríamos sin esperanza de alcanzar algo mejor, ni con la posibilidad de iniciativa diaria, del vivir en desarrollo permanente. Y si es cierto que sin vida no hay esperanza, no es menos cierto, que sin esperanza no se puede vivir.

A partir de ahora se nos abre un panorama dichoso, tejido de esperanza, de esperanza de un venturoso futuro para la cirugía general, los cirujanos y los servicios de cirugía, que no será otro que el que nosotros mismos, seamos capaces de programar y conseguir.

La foja brillante que la cirugía argentina y los maestros que la forjaron, tiene indeleblemente conquistada en el contexto mundial, es un antecedente valioso y un compromiso de honor para que ese futuro sea un éxito.

Además presento que es el momento oportuno. También en esta última década, de un largo siglo que se esfuma, hemos cambiado desde el peso hasta la Constitución y vivimos con orgullo, con los defectos y virtudes de los mejores del mundo, en democracia y libertad.

Esto es un preciado logro de todos, sin importar ningún signo político. No dejemos pasar la oportunidad ahora que nos dimos cuenta, de cambiar en nuestra materia, la cirugía. Pero atención, cambiar para mejor de todos y de la sociedad, no solo de la medicina, de la cirugía o de nosotros mismos.

Cirujanas, cirujanos, manos a la obra.

XI - BIBLIOGRAFIA

1. Aird T.: *La formación del cirujano*. Ed. Científico médica, Barcelona 1963.
2. American College of Surgeons: *Longitudinal study of Surgical Residents. 1991-1992*. American College of Surgeons, Information Services Department 1992.
3. American Medical Association Council on long range planning: *The future of General Surgery*, JAMA 1989, 262 (22) pag. 3178-3183.
4. American Medical Association: *Directory of graduate Medical Programs*. Chicago, Illinois 1989.
5. Argibay P., Mazzaro E., Fattor C., Beveraggi E.: *Análisis Médico. Método experimental y cirugía teórica*. Rev. Arg. de Cir., 1993, 65 (3-4) p. 116.
6. Asociación Argentina de Cirugía: *Comisión de Residencias Médicas. Declaración de principios*. Buenos Aires 1988.
7. Asociación Argentina de Cirugía: *Comisión de Residencias Médicas. Guía para categorización de prácticas quirúrgicas*. Buenos Aires 1988.
8. Asociación Argentina de Cirugía: *Comisión de Residencias Médicas. Guía para un programa*. 1988.
9. Asociación Argentina de Cirugía: *Nomenclador de Aranceles quirúrgicos de la Asociación Argentina de Cirugía. Comité de Asuntos Profesionales*.
10. Asociación Argentina de Cirugía: *parámetros para la evaluación categorización y acreditación de servicios de cirugía general*. Buenos Aires 1988.
11. Barnes R.: *The next generation of surgical residencies*. Arch. Surg., 1990; 125, P 433-36.
12. Bastos M.: *Elogio y distribución de la cirugía*. Ed. Salvat, Barcelona 1945.
13. Baue A.: *Surgery*. JAMA 1987, 258 (16); pag. 2289-2291.
14. Beveraggi E.: *Futuro de la cirugía*. Buscar libro de Mera.
15. Beveraggi E.: *Symposium: "Presente y futuro de la educación médica"*. Tema: "El cirujano del siglo XXI", 64 Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires 1993.
16. Blaisdell F.: *Fragmentation of surgery: Critical care*. Current Surgery 1987 Nov-Dec; 44 (6); P 455-9.
17. Boretto J.: *Presente y futuro de la cirugía torácica*. Rev. Arg. Cirug. 1991; 61: 114-118.
18. Boretto J.: *Responsabilidad del cirujano general. Relato Merca redonda*. Cong. Arg. Cirugía 1992.
19. Buckley CS; Birken G.L.: *Specialization: are women in surgery different?* J. Am. Med. Assoc. 1986 Sept-Oct; 41 (5); P 144-7 151-2.
20. Cameron J.: *One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenal resections without mortality*. Annals of surgery 1991; 217 (5) P. 430-438.
21. Cardenal L.: *Un Ojeada sobre la evolución de la cirugía*. Ed. Espasa Calpe. Madrid 1951.
22. Castiglioni A.: *Historia de la Medicina*, Ed. Salvat, 1941 Barcelona-Buenos Aires.
23. Clunie G.: *Training for Surgical oncology*. Ann. Acad. Med. Singapore 1988 Jan, 17 (1); P. 118-9.
24. Colbil Juan A.: *Estadística Instituto Médico Privado de Diamante-Entre Rios-Argentina*. Comunicación personal.
25. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires: *Resolución 296/93 sobre renovación de títulos de especialistas*.
26. Cook J.: *How to define General Surgery State of the art of surgery 1979-80*. Ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1980.
27. Cox K.: *Who will decide surgery's future?* Editorial Comment Aust. N.Z. J. Surg. 1987, 57, 215-220.
28. Davis J.: *The future of major ambulatory surgery*. Surg. Clinics 1987, 67, (4) 893-901.
29. De la Fuente J.: *Médicos para el futuro*. Rev. de la Univers. Autónoma de México 1992, mayo pag. 10.
30. Decreto 2.293/92: *Establécense el ejercicio de la actividad u oficio en todo el territorio de la República de todo profesional universitario*. Boletín Oficial diciembre 7, 1992.
31. Decreto 3280/90 Pcia. de Buenos Aires. *Reglamento de establecimientos asistenciales*.
32. Dewdney A.: *Nanotechnology: wherein molecular computers control tiny circulatory submarines*. Scientific American 1988, 258 (1) P. 88-91.
33. Drake-Lee A.B.: *The general surgeon*. Brit. med. J. 1986, 292 pag. 956.
34. Drucker P.: *La gerencia en tiempos difíciles*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1982.
35. Duff J. H.: *Specialism and generalism in the future of general surgery*. Can. J. Surg.; 1992 Apr. 35 (2); P. 131-5.
36. Faby G. M.: *Molecular nanotechnology*. Clin. Chem. 1993 sep. 39 (9); 2011-6.
37. Faure Jean Louis: *Savoir opérer Editions Albin Michel*, 1936, Paris.
38. Ferreyra L.: *Symposium: "Presente y futuro de la educación médica"*. Tema: "El graduado del siglo XXI", 64 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires 1993.
39. García Díaz C.: *La Salud en un mundo de cambio. Los Servicios de Salud en Argentina*. Ed. Docencia. Buenos Aires 1994.
40. Gilmore J. S.: *The general surgeon*. Brit. med. surgeon. 1986, 292 pag. 956.
41. Goldsmith M.: *Future surgery Minimal invasion*. JAMA.

- 1990; 264 (21), 2723.
42. Griffen Ward O.: *Specialization within General Surgery*. Arch. Surg., 1987, 122 (June), 637-638.
43. Grondona M.: *El postliberalismo*. Ed. Planeta, Buenos Aires 1992.
44. Grondona Mariano: *La Corrupción*. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1993.
45. Gutiérrez Alberto: *La formación del cirujano*. Ed. Nociro, Buenos Aires 1943.
46. Gutiérrez Maxwell V.: *Symposium: "Presente y futuro de la educación médica"*. Tema: "Presente y futuro de la recertificación" 64 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires 1993.
47. Harder F.: *How much subspecialty does the general surgeon need?* Langenbecks-Arch-Chir-Suppl-Kongressbd; 1991 p. 370.
48. Hartel W.: *Postgraduate education and role of surgical research in Germany*. Surg. Today 1992; 22 (1), P. 4-9.
49. Henrion R.: *Avantages et inconvenients de la chirurgie celioscopique en gynécologie*. Chirurgie, 1990; 116, pag. 256-260.
50. Hollender L.: *How much subspecialization general surgeons need?*
51. Hyman N., Heitbert J.: *Do general Surgery Residency Programs adequately train surgeons to perform anorectal surgery?* Dis. Colon Rect., 1993; 36 (8) P. 734-35. Langenbecks. Arch. Chir. Suppl. Kongressbd; 1991, P. 362-5.
52. Inturris M., Perry S., May K.: *Fetal surgery for congenital hydronephrosis*. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs; 1985 Jul-Aug, 14 (4); P. 271-6.
53. Irving Miles: *The general surgeon*. Brit. med. J. 1986, 292, 741-742.
54. Johnson C. D.: *Specialization in general surgery*. Br. J. Surg. 1991, 78, March 259-260.
55. Johnson C. D.: *The general surgeon*. Brit. med. J. 1986, 292, pag. 955.
56. Jordan G. L.: *The future of General Surgery*. Amer. J. of Surg. 1991, 161, pag. 194-202.
57. Kennedy R.: *The orbital surgeon*. Trans. Am. Ophthalmol. Soc., 1988, 86; P. 136-57.
58. Kovarik J.: *What is a surgeon?* Am. J. Surg. 1982; Dec 154 (6); P. 563-7.
59. Lange W.: *Symposium: "Presente y futuro de la educación médica"*. Tema: "El rol de las asociaciones médicas en el desarrollo de la cirugía". 64 Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires 1993. Ley nacional 17.132. Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Buenos Aires 1967.
60. *Ley nacional 23.873: modificatoria de los artículos 21 y 31 de la ley 17.132*. Buenos Aires 1990. *Ley provincial de Buenos Aires 4.534: Ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar*. La Plata 1936.
61. *Ley provincial de Buenos Aires 5.413/58: Colegio de médicos de la Pcia. de Buenos Aires*. La Plata 1958.
62. Linder F.: *How to define general surgery* State of the art of surgery 1979-80. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1980.
63. López J.: *Cuando sangra el bisturí*. Ed. Plus Ultra. Buenos Aires 1972.
64. Lorenz W., Rothmund M.: *Theoretical Surgery: A new speciality in operative medicine*. World J. Surg. 1989, 13, 292-299.
65. Louis R.: *Specialization in vertebral surgery*. Chir. Organi. Nov 1990, Apr Jun: 75 (2); p. 111-4.
66. Luce E.: *General surgery, the general surgical subspecialties and prerequisite training*. Arch Surg. 1993; 128, P. 134-37.
67. Mainetti J. A.: *Formación del cirujano*. Rev. Arg. de Cir., 1992; 62, P. 84-85.
68. Mannick J.: *Who killed general surgery?* Ann. Surg., 1990; 212 (3) P. 235-41.
69. Marescaux Jacques: *Telecirugía, de la moda de hoy a la revolución de mañana*. Conferencia. 64 Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, Argentina. 1993.
70. Martínez Marull Alfredo: *El perfil del cirujano*. Rev. Arg. de Cirugía 1993, 64 (6) pag. 218-220.
71. Mintow-Czyz W.J.: *The general surgeon*. Brit. med. J. 1986, 292, pag. 956.
72. Morrison Philip: *Potencias de diez*. Prensa Científica, Barcelona 1984.
73. Murray J.: *Editor's note*. American College of Surgeons Bulletin 1992, 77 (2) P. 23-28.
74. Organ Claude: *Fragmentation and Specialization*. Arch. Surg., 1987, 122 pag. 639.
75. Organ Claude: *Surgery JAMA* 1989, 261 (19); pag. 2892-2894.
76. Organ Claude: *The future of general surgery*. Editorial Arc. Surg., 1990; 125, 145-147.
77. Piniels P.: *Cirugía General. Historia Universal de la Medicina*. Lain Entralgo Ed. Salvat 1980.
78. Piver M.S.: *Specialized surgery in ovarian cancer*. Eur. J. Cancer. Clin. Oncol. 1987 Feb, 23 (2). P. 123-5.
79. Ratner.: *New ideas in biomaterials sciences*, J. Biomed. Mater. Res. 1993 (jul); 27 (7). 837-50.
80. Reich W. T.: *Encyclopedia of Bioethics*. Free Press Mc Millan. P. 116, 1978.
81. *Residencia en Cirugía General Hospital de Clínicas José de San Martín*. Universidad de Buenos Aires. Programa de enseñanza, Registro del Programa de acreditación de residencias en Cirugía, de la Asociación Argentina de Cirugía, 1988.
82. Rignault D.: *Is war surgery a speciality?* Mil-Med., 1990 Mar, 155 (3). P. 91-7.
83. Robles J.: *La educación médica en México*. Rev. de la Universidad Autónoma de México 1992, Mayo pag. 12.
84. Roe Benson B.: *Specialization. Competence vs. expertise*. Arch. Surg. 1987, 122 (June), 637.
85. Roos Judith: *Handbook for Hospital Ethics Committees*. American Hospital Publishing, Inc. American Hospital Association, 1986.
86. Sanguinetti A.: *Responsabilidad ética y jurídica del ciru-*

- jano. Relato Oficial. Rev. Arg. Cirug. número extraordinario 1988.
87. Sass H. M.; Vietthues H.: *Protocolo de Bochum para la práctica ético-médica*. Traduc. española José A. Mainetti. Duphar-Parma. Departamento Médico. Hannover-Alemania 1988.
 88. Schipperges H.: *El futuro de la medicina. Historia Universal de la Medicina*. Lain Entralgo Ed. Salvat 1980.
 89. Silen W.: *Super-specialization fellowships in gastrointestinal surgery: an unrealistic dream*. Surgery 1992, april, pag. 479-480.
 90. Silen Willilams: *Where have the General Surgeons (Doctors) gone?* Amer. J. of Surg. 1992, 163 (jan.) 2-4.
 91. Silver D.: *Responsibilities and rights*. Surgery 1992, 112 (4) 613-617.
 92. Soper J.: *Laparoscopic general surgery-past, present and future*. Surgery, 1993, 113 (1) 1-3.
 93. Spence P.: *Computer-based treatment: Economic logic for the 21st Century*. Current Surgery 1992. March-April. P. 107.
 94. Spencer F.: *Report of the Chairman of the Board Regents*. Am. Coll. Surg. bull. 1989; 74. P. 10-12.
 95. Thomas W. C.I.: *The general surgeon*. Brit. med. J. 1986, 292 pag. 9355.
 96. Tood John W.: *Specialists should also be generalists: discussion paper*. Journal of the Royal Society of Medicine 1987, 80, P. 153-156.
 97. Vallancien B: *Telesurgery (Editorial)*. Arch. Esp. Urol. 1992, sep. 45 (7); 603-6.
 98. Vargas de Flood M. A.: *El gasto público social y la Salud. Los servicios de salud en la Argentina*. Editorial Docencia. Buenos Aires 1994.
 99. Villet R.: *Overspecialization in surgery*. Chirurgie 1991; 117, P. 208-211.
 100. Warshaw A.: *Restoration, not preservation of general surgery residency*. Arch. Surg. 1993; 128, P. 265-68.
 101. Welch C.: *How to define general surgery State of the art of surgery 1979-80*. Ed., Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. 1980.
 102. Whalen T. W.: *Real General Surgery*. Current Surgery 1994, 51 (1), P. 3.
 103. Zollinger R., Cook J., Welch C., Linden P., van Goertruyden J.: *How to define General Surgery? State of the art of surgery 1979-80*. Ed. Algomer Harder. 1980. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York.