

revista
argentina
de
CIRUGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

LXX CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA
XLIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA
XXIV CONGRESO ARGENTINO DE COLOPROCTOLOGIA
XXVI JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Nº EXTRAORDINARIO
RELATOS 1999
BUENOS AIRES

**ACTAS DE LA
ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA**

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 687.145

**Septuagésimo
Congreso Argentino de Cirugía**

**Cuadragésimo Tercer Congreso Argentino
de Cirugía Torácica**

**Vigésimo Cuarto Congreso Argentino
de Coloproctología**

**Vigésimosextas Jornadas Argentinas
de Angiología y Cirugía Cardiovascular**

Buenos Aires, 1999

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

**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
COMISIÓN DIRECTIVA**

Presidente: Leonardo H. Mc Lean
Vicepresidente 1º: Jorge R. Defelitto
Vicepresidente 2º: H. Pablo Curutchet
Secretario General: Mariano E. Giménez
Secretario de Actas: Hugo A. García
Tesorero: Pedro A. Saco
Protesorero: Roberto H. Lamy

VOCALES

Miguel A. Ciardullo, Roberto A. De Rosa, Osvaldo González Aguilar y Amílcar Vaccario

VOCALES SUPLENTE

José M. Foscarini, Norberto A. Mezzadri, Juan C. Sánchez Reinoso, Rodrigo J. Sánchez Almeyra,
José L. Tortosa y Héctor D. Vuoto

DIRECTOR

Martín E. Mihura

SECRETARIA EJECUTIVA

Victoria I. de Coiset

CONSEJO CONSULTIVO

Héctor D. Santángelo, Alfredo Martínez Marull, Claudio Barredo, Frutos E. Ortiz y Luis V. Gutiérrez

COMITÉ DE PUBLICACIONES

PRESIDENTE

David O. Simkin

VICEPRESIDENTE

Rodolfo O. Moyano Ojea

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA

DIRECTOR

Angel N. Bracco

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

José M. Almanza

Juan E. Álvarez Rodríguez

Julio Baldi

Conrado C. Cimino

H. Pablo Curutchet

Horacio Della Torre

Claudio Iribarren

B. Blas Mancini

Alejandro S. Oría

M. Raúl Pujato

Florentino A. Sanguinetti

EDITOR JEFE

Eduardo B. Arribalza

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE EDUCACIÓN

PRESIDENTE

Daniel L. Debonis

VICEPRESIDENTE

Jorge A. Covaro

**COMITÉ COLEGIO ARGENTINO
DE CIRUJANOS**

PRESIDENTE

Miguel A. García Casella

VICEPRESIDENTE

Carlos J. Arozamena Martínez

**COMITÉ DE
ASUNTOS PROFESIONALES**

PRESIDENTE

Angel M. Minetti

SEPTUAGÉSIMO CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

**CUADRAGÉSIMO TERCER CONGRESO ARGENTINO
DE CIRUGÍA TORÁCICA**

**VIGÉSIMO CUARTO CONGRESO ARGENTINO
DE COLOPROCTOLOGÍA**

**VIGÉSIMASEXTAS JORNADAS ARGENTINAS
DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR**

Buenos Aires, 6 al 10 de diciembre de 1999

COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE

H. Pablo Curutchet

VICEPRESIDENTE

Eduardo N. Saad

SECRETARIO GENERAL

Mariano E. Giménez

SECRETARIOS

Fernando Iudica, Manuel R. Montesinos, Angel Vannelli y Leonardo Serrano

**CAPÍTULO
SOCIEDAD ARGENTINA
DE CIRUGÍA TORÁCICA
COMISIÓN DIRECTIVA**

PRESIDENTE

Sadi V. Rodríguez

VICEPRESIDENTE

Jorge L. Nazar

SECRETARIO GENERAL

Domingo Chimondeguy

**SOCIEDAD ARGENTINA
DE COLOPROCTOLOGÍA**

PRESIDENTE

Claudio Barredo

VICEPRESIDENTE

Jorge Rodríguez Martín

SECRETARIO GENERAL

Jorge A. Hequera

**PRESIDENTE DEL COMITÉ CONGRESO
DE COLOPROCTOLOGÍA**

Nestor O. Marchetti

**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANGIOLOGÍA
Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

PRESIDENTE

Roberto D. Rivas

VICEPRESIDENTE

Roberto R. Battellini

SECRETARIO GENERAL

Guillermo E. Pfund

PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGIA

Primero	(1928)	R. Armando Marotta	Trigesimosexto	(1965)	Alberto E. Baila
Segundo	(1930)	Eduardo F. Beláustegui	Trigesimoséptimo	(1965)	Guillermo Belleville
Tercero	(1931)	Ernesto Romagosa	Trigesimoctavo	(1967)	Aníbal J. Introzzi
Cuarto	(1932)	Arturo Zabala	Trigesimonoveno	(1968)	Iván Goñi Moreno
Quinto	(1933)	Enrique Finochietto	Cuadragésimo	(1969)	Adolfo M. Rey
Sexto	(1934)	José Arca	Cuadragésimoprimer	(1970)	Andrés A. Santos
Séptimo	(1935)	Marcelo Viñas	Cuadragésimosegundo	(1971)	Juan V. Gurruchaga
Octavo	(1936)	Alejandro Ceballos	Cuadragésimotercero	(1972)	Diego E. Zavaleta
Noveno	(1937)	Luis A. Tamini	Cuadragésimocuarto	(1973)	Julio V. Uriburu
Décimo	(1938)	José M. Jorge	Cuadragésimoquinto	(1974)	Jorge Sánchez Zinny
Undécimo	(1939)	Roberto Solé	Cuadragésimosexto	(1975)	José M. Mainetti
Duodécimo	(1940)	Alberto Baraldi	Cuadragésimoséptimo	(1976)	José A. García Castellanos
Decimotercero	(1941)	Arnaldo Caviglia	Cuadragésimoctavo	(1977)	Armando G. Russo
Decimocuarto	(1942)	Carlos Robertson Lavalle	Cuadragésimonoveno	(1978)	Angel N. Bracco
Decimoquinto	(1943)	Oscar Copello	Quincuagésimo	(1979)	Clemente J. Morel
Decimosexto	(1944)	Pablo E. Mirizzi	Quincuagesimoprimer	(1980)	Alberto E. Laurence
Decimoséptimo	(1945)	Rodolfo E. Pasman	Quincuagesimosegundo	(1981)	Juan J. Boretti
Decimoctavo	(1947)	Manuel Ruiz Moreno	Quincuagesimotercero	(1982)	Wolfgang G. Lange
Decimonoveno	(1948)	Oscar J. Carnes	Quincuagesimocuarto	(1983)	Miguel A. Figueroa
Vigésimo	(1949)	Adolfo E. Landívar	Quincuagesimoquinto	(1984)	Jorge Manrique
Vigésimoprimer	(1950)	Deilor del Valle	Quincuagesimosexto	(1985)	Arturo E. Wilks
Vigésimosegundo	(1951)	Vicente Gutiérrez	Quincuagesimoséptimo	(1986)	Eduardo Schieppati
Vigésimotercero	(1952)	Juan M. Allende	Quincuagesimoctavo	(1987)	H. P. P. J. Achával Ayerza
Vigésimocuarto	(1953)	Carlos J. Allende	Quincuagesimonoveno	(1988)	Enrique M. Beveraggi
Vigésimoquinto	(1954)	Federico E. Christman	Sexagésimo	(1989)	Vicente P. Gutiérrez
Vigésimosexto	(1955)	Alejandro J. Pavlovsky	Sexagesimoprimer	(1990)	Jorge M. Moroni
Vigésimoséptimo	(1956)	José A. Caeiro	Sexagesimosegundo	(1991)	Santiago G. Perera
Vigésimoctavo	(1957)	Carlos E. Ottolenghi	Sexagesimotercero	(1992)	Héctor D. Santángelo
Vigesimonoveno	(1958)	Carlos E. Velasco Suárez	Sexagesimocuarto	(1993)	Alfredo Martínez Manuil
Trigésimo	(1959)	Mario M. J. Brea	Sexagesimoquinto	(1994)	Claudio Barrado
Trigesimoprimer	(1960)	Wenceslao Tejerina Fotheringham	Sexagesimosexto	(1995)	Frutos E. Ortíz
Trigesimosegundo	(1961)	Angel F. San Martín	Sexagesimoséptimo	(1996)	Luis V. Gutiérrez
Trigesimotercero	(1962)	Juan R. Michans	Sexagesimoctavo	(1997)	Leonardo H. Mc Laan
Trigesimocuarto	(1963)	Alfredo Llambías	Sexagesimonoveno	(1998)	Jorge R. Defalitto
Trigesimoquinto	(1964)	José E. Rivarola	Septuagésimo	(1999)	H. Pablo Curutchet

CONTENIDO

AÑO 1999

NÚMERO EXTRAORDINARIO

RELATO OFICIAL

"INCUMBENCIAS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA"

RELATOR: DR. HÉCTOR D. SANTÁNGELO MAAC

Profesor Consulto de Cirugía, Facultad de Medicina, UBA

Consultor del Departamento de Cirugía General, Hospital Naval "Pedro Mallo", Buenos Aires

CORRELADORES

DR. DANIEL L. DEBONIS MAAC - FACS

DR. EMILIO J. POLLASTRI MAAC - FACS

DR. JORGE A. RODRÍGUEZ MARTÍN MAAC - FICS

Buenos Aires - Argentina

Año 1999

ÍNDICE

Prólogo.....	9
Introducción	10
Análisis de la encuesta.....	12
Antecedentes - Planta Física - Recursos Humanos	15
Regionalización	17
Aspectos académicos	19
a) Educación médica continuada	19
b) Certificación	29
c) Recertificación	30
Aspectos jurídicos	32
Aspectos económicos y laborales	34
Mercosur	37
Conclusiones	38
Bibliografía	39
Formulario.....	40

PRÓLOGO

En las postrimerías de mi actividad médica y cuando pensaba que la Asociación Argentina de Cirugía ya me había concedido lo máximo a que pueden acceder sus miembros, me sorprende con el ofrecimiento de ser Relator Oficial del tema "Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica". Lo acepté con la inquietud que representa asumir esta responsabilidad y además porque para muchos, este Relato puede ser el comienzo de una verdadera propuesta para actualizar nuestra Institución.

Mi reconocimiento hacia las autoridades de la Asociación y a todos aquellos que han confiado en mi idoneidad al otorgarme el privilegio de desarrollar este tema. Atribuyo que la designación responde más a mi situación actual, que a la valoración de mis verdaderas aptitudes personales. La condición de ex Presidente no ha hecho más que aumentar el compromiso llevándome a medir muy ajustadamente cada uno de los conceptos vertidos en el Relato.

Tampoco he permanecido ajeno a la manifiesta preocupación de los Señores Presidentes y ex Presidentes al confiarme esta delicada y puntual labor. Mi gratitud hacia ellos por la permanente colaboración recibida.

Si bien la designación recae sobre una sola persona, he tenido el propósito de evitar una visión personal y parcializada del problema. Con esta finalidad, me pareció oportuno dar cabida a la opinión de otras generaciones y de distintos lugares del país. Tal razón fue determinante para solicitar a la Comisión Directiva la designación de tres Correlatores.

Es así como fueron designados los Doctores Daniel L. Debonis de la Ciudad de Buenos Aires, Emilio J. Pollastri de Rosario, provincia de Santa Fe y Jorge A. Rodríguez Martín del Gran Buenos Aires. Mi reconocimiento hacia ellos por el esfuerzo realizado. Con dichos colegas, verdaderos coautores del Relato, me une años de trabajo y

sincera amistad. Poseen condiciones esenciales que facilitaron una labor tan prolongada, como así también destaco, el interés que manifestaron en comprometerse a elaborar este conflictivo proyecto.

Debo agradecer a mis amigos y discípulos la ayuda incondicional que me brindaron, el Dr. José M. Almanza con sus críticas siempre oportunas y sensatas y el Dr. Ricardo J. Viola por el aporte de opiniones entusiastas y renovadoras que representan las ideas de una generación joven que en la Asociación, merecen ser escuchadas.

También mi agradecimiento a nuestro Director, el Dr. Martín E. Mihura, que estuvo siempre dispuesto con paciencia y buena voluntad a satisfacer nuestros requerimientos, agradecimiento que hago extensivo a la Sra. Victoria I. de Coiset y a todo el personal que se esforzaron siempre en hacer grata nuestra permanencia en la Asociación.

Quiero destacar la colaboración del Editor Jefe de la Revista, el Dr. Eduardo B. Arribalzaga, por su experiencia y minuciosa tarea en la compaginación final del texto.

A mi hija Marcela y a mi secretaria la Srta. Josefina M. Jarry, nieta y futura colega, me complace en reconocerles su empeño y habilidad en transcribir los engorrosos manuscritos.

Tampoco puedo dejar de mencionar la colaboración dispensada por los colegas que respondieron la encuesta, como así también a todos aquellos que hicieron llegar, por distintos medios, opiniones, sugerencias y deseos de éxito. De acuerdo con los Señores Correlatores este Relato está dedicado a nuestros Maestros que nos guiaron con sus enseñanzas y ejemplos y a nuestras familias, por su anónima colaboración en nuestra diaria labor.

En lo personal quiero agradecer a mi esposa Kuca su comprensión y constante apoyo y compartir con ella el honor que significa este Relato.

INTRODUCCIÓN

Si se entiende por incumbencia a la competencia y obligación, impuesta por algún cargo, para ejecutar una cosa, este Relato intentará discernir cuál es el deber y el compromiso actual que tiene para con sus socios, como Institución, la Asociación Argentina de Cirugía.

Es interesante tratar de indagar el porqué de la existencia del presente Relato. Con el desarrollo de esta idea surgen algunos interrogantes; intentar responderlos significará examinar atentamente los objetivos primarios de nuestra Asociación, como así también conocer e interpretar mejor las diferentes necesidades e intereses de sus miembros.

De tal manera, se procurará determinar ¿por qué fue propuesto el tema? ¿por qué fue elegido? ¿qué modificaciones se esperan? Y si ¿las mismas podrán ser llevadas a cabo?

Con respecto a la primera pregunta se puede conjeturar que la Comisión Directiva tomó la iniciativa al considerar la necesidad de una transformación en la política de la Asociación y su adaptación a una nueva forma organizativa, acorde con la realidad actual.

Si bien es cierto que participamos de la idea de un cambio, tenemos el firme convencimiento de que el mismo, de ninguna manera podrá modificar los objetivos iniciales de la Asociación.

Este aseveración se basa en el reconocimiento del largo y fructífero camino recorrido desde su fundación en 1930. Durante estos 70 años, a pesar de los vaivenes políticos y económicos del país, se ha mantenido dentro del mismo perfil, cumpliendo el mandato de desarrollar "todas aquellas acciones destinadas a favorecer el progreso de la cirugía como ciencia y como arte", con sus Congresos, Revista, Educación Médica Continuada, etc. Con posterioridad como lo dispone también nuestro Estatuto, emprende la ardua y valiosa tarea de "promover la excelencia del ejercicio profesional". Se da comienzo a la productiva época de la Certificación, Recertificación, de la evaluación y acreditación de las Residencias Quirúrgicas, de los Servicios y de las Instituciones donde se practica la Cirugía.

Pero hay una deuda de la Asociación para con sus miembros que va a quedar saldada cuando se dé cumplimiento también a la parte final del artículo 1 donde dice "asegurar a los cirujanos condiciones que den a su trabajo la dignidad, protección y apoyo que correspondan al servicio que prestan". Este es el punto clave, el compromiso a cumplir y la tarea a realizar.

Todo lo expuesto deben haber sido las razones fundamentales que determinaron se incluyera "Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica", entre los temas que se propusieron a la Asamblea General Ordinaria, en noviembre de 1997 y fuera elegido por el 65,11% de los miembros titulares presentes en dicha reunión.

La finalidad de haber seleccionado este tema como Relato Oficial no se puede minimizar, y debe ser el primer paso para concretar los deseos de un cambio, expresados tantas veces en el seno de las Comisiones Directivas o en conversaciones oficiosas.

Las propuestas que surjan y las posibilidades de su implementación posterior tendrán, a no dudar, una gran importancia en el desarrollo institucional, pero las mayores prioridades tienen que estar orientadas hacia los cirujanos, actuales y futuros, potenciales beneficiarios de lo que hoy se propone.

Si queremos dar respuesta a la pregunta ¿qué modificaciones se esperan? podemos decir, sin temor a equivocarnos, que los cirujanos, independientemente de la ubicación geográfica de su lugar de trabajo, piensan que el problema prioritario que debe ser estudiado por la Asociación Argentina de Cirugía es el tema de las retribuciones económicas. Esto que hemos constatado en las diversas manifestaciones de consocios de todo el país lo veremos reflejado luego en el análisis de la encuesta, donde el 96,70% de los cirujanos respondió, como prioridad, algún aspecto sobre el tema de las remuneraciones.

En ese sentido, existen en la Asociación, antecedentes históricos que merecen ser recordados, donde nuestros mayores vislumbraron muchas si-

tuaciones que hoy deseamos revertir y cuya solución no se puede postergar. Sólo como ejemplo podemos citar que en 1969 Adolfo Rey señalaba que en la organización de un futuro tipo de atención médica tendrá "que contemplarse la necesidad de que el médico perciba una remuneración acorde con la responsabilidad que le incumbe"²⁶.

Alberto Laurence en 1980 nos llama la atención de que lo expresado por Rey años atrás no se ha materializado y agrega además que "existe un falso pudor para tratar los aspectos materiales de nuestra profesión, y de esta manera hemos permitido a otros tomar el timón de nuestro destino"¹⁷.

Juan J. Boretti en 1981 comenta entre otras cosas que las palabras de Laurence "hubieran podido parecer heréticas hasta hace algunos años en el ambiente de nuestros Congresos", pero son la clara expresión de la realidad profesional que vive el cirujano⁹.

Más adelante el mismo Boretti no ve en el país otra institución más capacitada y con mayores antecedentes que la Asociación Argentina de Cirugía para dar cumplimiento a lo expresado anteriormente; y recomienda hacerlo con la moderación y ecuanimidad que señala también Julio V. Uriburu³⁵.

Desde su estructuración hasta sus conclusiones no fue fácil la elaboración de este Relato, al carecer de antecedentes históricos y escasos datos bibliográficos adaptables a nuestra organización. Difícil es encontrar un modelo similar con el objeto de comparar o analizar la evolución de otras Sociedades con características parecidas a la nuestra. Hay organismos médicos en el país y en el extranjero que han seguido un camino inverso al que pretendemos tomar hoy. Otros como el

American College of Surgeons que durante 50 años se mantuvo fiel a una concepción puramente académica, en 1974 tuvo que actualizar por necesidad algunos de sus criterios, para no quedar fuera de tiempo en relación a los cambios que ocurrían en la organización médica de los Estados Unidos. A tal efecto, en dicho año, creó el Departamento de Práctica Quirúrgica (Surgical Practice) y luego en 1985, con el objeto de reflejar mejor sus funciones, cambió el nombre por Departamento de Asuntos Socioeconómicos (Socioeconomic Affairs Department)³⁵.

La Asociación debe poner en marcha un programa de acción para satisfacer todos estos requerimientos, en un lapso no muy prolongado. La tardanza en su implementación podría llevar a que nuestra Institución fuera reemplazada por otras más nuevas y menos idóneas, con el riesgo consecutivo.

Tenemos plena conciencia de que el tema que se desarrolla es difícil y conflictivo, pero también es cierto que expondremos nuestros puntos de vista con la veracidad, realidad y crudeza que las circunstancias así lo exijan.

Son propuestas que deben ser minuciosamente estudiadas sobre el terreno, no hay soluciones milagrosas y no todos los planteos tienen solución o una única solución.

Para cumplir con los objetivos de este Relato se tuvieron en cuenta algunos hechos pasados y su posible vinculación con el estado de la situación actual. Con la finalidad de realizar un análisis más amplio de la opinión de los cirujanos, también se efectuó una encuesta.

En base a toda la información lograda y de acuerdo a nuestro sentir se elaboraron las propuestas en cada uno de los capítulos.

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

Como tema muy especial, este Relato no se fundamenta en base a datos de casuística, ni compara o evalúa tácticas, técnicas quirúrgicas, mortalidad y resultados; su fuerza radica en poder reflejar con objetividad y fidelidad nuestro sentir y por intermedio de una encuesta, tener un conocimiento más completo del pensamiento actual de los cirujanos que concurrieron al Congreso. La misma fue confeccionada por la Empresa "Estudio de proyecto científico" dirigida por el Dr. Vicente Castiglia y llevada a cabo durante el LXIX Congreso Argentino de Cirugía en octubre de 1998.

El análisis estadístico de la consulta nos brindó datos tangibles que contribuyeron a elaborar nuestro "diagnóstico de situación".

Al citado Congreso concurrieron 2894 cirujanos, de los cuales respondieron a la encuesta 308, (10,64% del total). Desde este punto de vista, el estudio es claramente representativo de la población estudiada, de manera que las conclusiones obtenidas también lo serán. El 88,31% resultaron miembros de la Asociación.

Las respuestas correspondieron en un 96,75% a cirujanos varones, cuya edad media fue 46,41 años, mientras que la edad media del 3,25% femenino fue de 33,50 años. Completando los datos del perfil de la encuesta se observa que entre los varones el tiempo medio de egresados era de 21,74 años, mientras que en las mujeres fue de 8,70 años, que son coincidentes con la edad media de cada grupo. La lógica indica que las mujeres incursionan desde hace pocos años en la especialidad, como surge de la muestra.

La distribución geográfica también fue representativa, ya que un 45,78% trabaja en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, mientras que el 48,70% lo hace en las distintas provincias.

Tomando todos estos datos, cantidad de respuestas, población etaria y años de egresados, no quedan dudas del desinterés en general y de los jóvenes en particular, a pesar de que la encuesta

estaba en todos los portafolios de los asistentes al Congreso y de los reiterados pedidos formulados diariamente.

Es importante señalar que la necesidad del cambio la entienden y la solicitan los cirujanos ya formados, sin importar la ciudad o provincia donde ejercen su profesión; creemos que es en ellos donde está la fuerza para lograr la transformación. Al finalizar el tema, este pensamiento es bastante lógico, pues el cirujano que empleó aproximadamente 10 años para su formación (residencia, concurrencia, cursos, becas) necesita de una década más para abrirse camino en el ámbito académico y laboral. Sin duda es él, el que conoce con mayor certeza y por vivencias personales cuáles son los cambios que la Asociación podría realizar para apoyar a sus miembros en la tarea cotidiana. Este comentario, de ninguna manera excluye a los médicos más jóvenes, ni tampoco a aquellos que han superado la etapa intermedia, ambos grupos tienen distintos intereses. Justamente, por los momentos diferentes que están viviendo, a los jóvenes les preocupa puntualmente su residencia o qué van a hacer cuando la terminen, mientras que los mayores que ya tienen, en general, una situación laboral más estable, probablemente ven estas intenciones de cambio con cierta indiferencia, debido a las muchas frustraciones que han vivido en el transcurso de su carrera.

El análisis de los cargos asistenciales muestra que se desempeñan como Jefes de División, Servicio o Unidad, el 44,48% de los encuestados. Son cirujanos de Planta el 45,52%, el 6,25% son Residentes y el 3,45% concurrentes.

Si a los jefes, en general, les agregamos los cirujanos de Planta, conformamos el 90% del total. Este 90% está constituido por cirujanos de mediana edad, con más de 20 años de trabajo quirúrgico activo y sujetos a los problemas diarios que plantea la práctica de la cirugía. Como conclusión, se puede inferir que a mayor edad aumenta el interés en participar y comprometerse con las actividades de la Asociación.

Por el contrario, el 10% restante está constituido por residentes y concurrentes que son médicos muy jóvenes, en formación, sin título de especialista en cirugía y con poca vivencia en el ejercicio profesional y sus problemas.

El 55,30% de los que respondieron a la encuesta tienen alguna actividad docente universitaria. Prácticamente no existe gran diferencia con los no docentes que representan el 44,70%. Es decir, que la dedicación a la docencia no es una variable a considerar con relación a la idea de la convocatoria.

El 92,50% de los que contestaron la encuesta son cirujanos certificados. De éstos el 33,12% tienen dos certificaciones y el 23,37% tres. El 73,30% lo hizo en la Asociación Argentina de Cirugía, en los Colegios o Círculos Médicos el 52,60% y en el Ministerio de Salud Pública el 39,60%. Se debe tener en cuenta también que el 48,70% de los encuestados ejerce fuera de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires. Estas cifras indican que los médicos deben certificarse en varias entidades pues no existe, a nivel nacional, una única Institución reconocida que otorgue y convalide el título de especialista en cirugía.

Es conveniente destacar que un importante número de cirujanos (73,30%) buscaron su certificación en la Asociación que demuestra un reconocimiento a su prestigio y seriedad.

El 62,99% de los que respondieron a la encuesta son cirujanos recertificados una, dos o tres veces; este hecho indica una tendencia hacia la educación médica continuada y la actualización.

El hecho que la certificación y la recertificación presenten porcentajes tan altos, induce a pensar que los cirujanos han tomado conciencia del valor que esto tiene, para mejorar la calidad de la atención médica. También conviene reconocer que este proceder es fruto de las campañas que han realizado y realizan las Sociedades Científicas, donde la Asociación Argentina de Cirugía es una de las pioneras.

De aquellos que contestaron la encuesta, el 88,31% eran Miembros de la Asociación; de ellos el 77,27% eran Miembros Titulares y 11,04% Adherentes. La alta proporción de miembros Titulares representa claramente la opinión de un grupo de cirujanos comprometidos y consustanciados con la problemática, la política y el futuro de la Asociación Argentina de Cirugía. El 11,04% que corresponde a los Miembros Adherentes es un grupo compuesto

por residentes y concurrentes en etapas previas a la certificación o por cirujanos de mayor edad desinteresados por el porvenir de la Asociación.

Al indagar sobre los motivos por los cuales no es miembro de la Asociación, el 82,14% respondió que no pudo cumplir con los requisitos solicitados. Este es un punto a tener muy en cuenta para analizar si las condiciones de ingreso son las adecuadas para todos los interesados. Este planteo puede conducir al estudio de nuevas alternativas para la admisión, como así también, para la creación de nuevas categorías de miembros. En estos conceptos está implícita la idea de no modificar ni el perfil ni la calidad de los postulantes.

Tan relevante es este tema que el 47,02% considera que tiene que haber otros mecanismos de ingreso. Por otro lado, el 52,98% no considera oportuno cambios en el sistema de ingreso.

Como los Relatos Oficiales siempre han sido una de las actividades más importantes de nuestros Congresos, nos pareció útil conocer cuál es la postura actual de sus concurrentes.

El 82,24% consideró que los Relatos eran útiles para la actualización, el 12,50% piensa que se debe modificar el perfil de los mismos.

Se concluye que los Relatos, pueden continuar con su estilo tradicional, con las variables propias del tema o que puede introducir cada Relator.

Ante la pregunta de qué actividades tendría que incorporar la Asociación, el 98,70% reclama cambios en diversas áreas (congresos 12,01%, cursos 19,48%, revista 17,86%, responsabilidad 69,48%, honorarios 89,29% y base de datos 57,79%). Dado el deterioro del honorario médico era de esperar que el 89,29% solicite que la Asociación se preocupe de las remuneraciones.

Otra preocupación de los cirujanos es la Responsabilidad Civil en el ejercicio de la profesión, debido al aumento de las demandas por mala praxis.

En la encuesta el 69,48% piensa que es otra área en que la Asociación tiene que tomar parte. El 57,79% requirió tener una base de datos acorde a la metodología moderna. A la pregunta específica si la Asociación Argentina de Cirugía debe participar en las tratativas sobre los honorarios médicos, respondieron por la afirmativa el 96,70%. La cifra exige de todo comentario.

A la Asamblea anual Ordinaria de 1998, concurrieron el 63,90% de los Miembros Titulares

encuestados. Dicha cifra, que parecería representar una excelente asistencia, no es la realidad. A la citada Asamblea concurrió sólo el 9,89% de los Miembros Titulares inscriptos en el Congreso.

Se puede inferir que la cifra de 63,90% es tan elevada porque los cirujanos interesados en la encuesta, fueron los mismos que estuvieron en la Asamblea.

ANTECEDENTES: PLANTA FÍSICA Y RECURSOS HUMANOS

A pesar de los cambios que serán propuestos creemos conveniente no perder de vista la evolución que ha seguido la Asociación Argentina de Cirugía.

Tuvo su primera sede en la Asociación Médica Argentina, como Sociedad Huésped, condición que mantiene hasta la actualidad. Dado su desarrollo, se decidió en 1976 ampliar sus instalaciones, adquiriendo la primera sede propia en la calle Esmeralda. La misma en poco tiempo resultó inadecuada por su tamaño y se adquirió en 1979 un piso en la calle Paraguay para ampliarla con posterioridad a un piso más en el mismo edificio. En 1986 se adquirió la sede actual. Este desarrollo patrimonial en lo referente a los inmuebles fue paralelo al que se siguió en la rama administrativa, en la Revista, Comités, Comisiones, etc.

Para dar solución a los problemas diarios imposibles de ser resueltos por las Comisiones Directivas, se creó en 1983 el cargo de Director.

A excepción de los Congresos anuales y de las Jornadas de Otoño todas las actividades científicas y administrativas se desarrollan en nuestra sede.

Desde hace unos años el edificio de la calle Marcelo T. de Alvear resulta inadecuado para poder realizar las actividades propias y las de otras entidades que tienen vinculación con la Asociación. Como consecuencia de esta situación es innegable la necesidad de adquirir un nuevo inmueble mucho más amplio y funcional que el actual. Paralelamente también será necesario efectuar algunas modificaciones en el área administrativa y en la de recursos humanos. A tales efectos, creemos de utilidad tener en cuenta y saber adaptar a nuestra modalidad los nuevos conceptos organizativos.

Los últimos años se han caracterizado por la aparición de ideas y de cambios tecnológicos que han generado, a su vez, modernas propuestas y renovados enfoques para el mejor gerenciamiento de todo tipo de organización empresarial¹².

Dentro de este contexto, surge desde el año 1990 el concepto de Reingeniería de la Empresa, al proponer diferentes criterios organizativos básicos, aplicables en cualquier institución que deba sobrevivir en un mundo tan cambiante como el actual¹³.

En razón que el tema presenta infinidad de alternativas que escapan al sentido de este Relato, se tratará de sintetizar solamente aquellas ideas que concreten verdaderos aportes al mismo.

El interrogante fundamental es ¿Cómo hacen las organizaciones para identificar los ajustes necesarios y lograr la eficacia deseada? Esta pregunta puntual es respondida por los expertos diciendo que es la situación típica donde se debe aplicar la reingeniería.

De tal manera, esta moderna forma organizativa se podría definir como la revisión de los objetivos de la empresa y el rediseño de los procesos para alcanzar las mejores propuestas.

Con este nuevo enfoque, las futuras organizaciones distarán mucho de las actuales al fundamentar toda su tarea en volver a unificar y replantear toda la estructura sobre la base de procesos coherentes, dirigidos al objetivo buscado.

Una manera de comenzar el proceso de reingeniería es plantear algunos interrogantes sobre la ubicación de la empresa en cuestión:

- ¿Cuál es la situación actual?
- ¿Qué perspectiva de futuro tiene?
- ¿Qué se quiere y qué se puede hacer?
- ¿Cuál es el nuevo rumbo que se debe tomar?
- ¿Cómo hacerlo?

Para alcanzar mejor estos objetivos es necesario dividir la organización en pequeñas subunidades (post-reingeniería) con fines y funciones específicas para cada una de ellas¹⁰.

Para evitar el fracaso de la gestión se debe:

1. Definir con claridad las metas y las políticas.
2. Aportar los recursos y hacer los esfuerzos necesarios.

3. Rediseñar los procesos en lugar de corregirlos.
4. No encarar todos los proyectos de cambio en forma simultánea.
5. No demorar el desarrollo de los cambios.
6. Proveer retroalimentación para el apoyo directo.
7. Tener en cuenta la opinión de los integrantes.

REGIONALIZACIÓN

Según lo dispone el Estatuto, la Asociación Argentina de Cirugía tiene su domicilio legal en la Capital Federal con ejercicio de sus actividades en todo el país. Es evidente que para llevar a cabo esta última pauta sea necesaria la presencia efectiva de la Asociación en todo el territorio nacional.

Por otra parte, para cumplir su rol con eficiencia e implementar políticas coherentes debe conocer la problemática que enfrentan sus miembros en las distintas provincias. Dada la amplitud de nuestro país, se hace difícil la relación personal de la Institución con sus miembros, como así también canalizar y ejecutar, en forma directa y constante, todos los aspectos que vinculan a la Asociación con sus miembros.

En la actualidad existe una regionalización, que divide al territorio nacional en seis áreas:

- 1) Región Central (Córdoba, La Rioja, Catamarca y Santiago del Estero)
- 2) Región Norte (Jujuy, Salta y Tucumán)
- 3) Región Litoral (Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa)
- 4) Región Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis)
- 5) Región Pampeana (Buenos Aires y La Pampa)
- 6) Región Patagonia (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur).

Esta regionalización se originó con la idea de lograr una mejor relación institucional con las diversas Sociedades de Cirugía de todo el país, según consta en el Boletín de julio de 1989, donde la A.A.C. da a conocer el proyecto aceptado de regionalización.

A pesar de la buena voluntad y del trabajo realizado por las partes, es nuestra idea que este plan de regionalización no logró alcanzar las metas para las que fue planificado.

Según nuestro criterio se debe fundamentalmente a que las Sociedades de Cirugía de las distintas provincias, son sociedades locales sin ninguna o muy poca relación o dependencia con la A.A.C. Si existe alguna conexión institucional, ésta es circunstancial, como consecuencia de que

un miembro titular de la Asociación ejerza la Presidencia de la Sociedad de Cirugía local.

Las regiones son demasiado amplias, con el agregado que las diferentes Sociedades locales suelen no tener relaciones entre sí. Al ser tan extensas es probable que en una misma región existan problemas diferentes. Cada una de las provincias que integran la región tiende a ejercer supremacía sobre las demás. Cada región está representada por un delegado. Para este miembro no es tan fácil estar interconectado con su extensa y polifacética región y representarla ante la A.A.C.

En nuestra opinión la regionalización es indispensable, pero la propuesta es que cada Provincia sea una región.

Avalan este pensamiento las siguientes ventajas:

- Distancias más cortas.
- Similares problemáticas: sanitarias, atención médica, científicas, sociales, económicas.
- La región no pierde individualidad.
- Tiende a mejorar la unión de los médicos.
- En cada provincia existe unanimidad de criterios en base a un solo Colegio, Consejo Médico o Círculo Médico.
- Cada región o provincia, estará integrada únicamente por los miembros titulares y adherentes de la Asociación Argentina de Cirugía.

Los miembros de cada región desarrollarán sus actividades asistenciales con libertad absoluta y se podrán integrar en forma corporativa para las actividades científicas, laborales, judiciales y económicas, o para aunar esfuerzos con el objeto de solucionar problemas regionales.

Cada provincia tendrá uno o más delegados de acuerdo al número de miembros M.A.A.C. de la región. El delegado elegido debe ser un miembro titular con condiciones éticas, morales y científicas reconocidas, elegido por los miembros titulares de cada región y aceptado por la Asociación.

La relación de los delegados con los miembros titulares de cada región y la A.A.C. debe ser estrecha y su misión es interceder y comunicar aspectos científicos, económicos, éticos, morales, laborales y legales. Tendrá un reglamento y una normativa de funcionamiento.

El número de delegados, con relación al número de miembros M.A.A.C., su elección y duración en el cargo son temas que merecen ser estudiados detenidamente y reglamentados pero que exceden a los propósitos de este Relato.

Con el objeto de coordinar todos estos aspectos, creemos útil la creación de un Comité de Regionalización compuesto por un representante de cada región y presidido por el vicepresidente de la Asociación.

De esta manera la Asociación Argentina de Cirugía tendrá una mayor presencia en el territorio nacional, su contribución para el crecimiento de la cirugía argentina será más amplia y justo y los compromisos con los miembros titulares alejados de la Capital Federal, serán mejor cumplidos. La regionalización debe ser vista como apertura, como una actitud muy positiva de la Asociación Argentina de Cirugía hacia sus miembros que ejercen en lugares alejados de la Ciudad de Buenos Aires.

ASPECTOS ACADÉMICOS

Educación Médica Continuada

Residencias

Antecedentes

Situación Actual

Propuestas

Curso Anual

Situación Actual

Propuestas

Congreso

Situación Actual

Contenido Científico

Inscripción

Propuestas

Contenido Científico

Aranceles

Lugar de Realización

Jornadas de Otoño

Situación Actual

Propuestas

Revista

Actualizaciones

Comisión de "Nuevas Tecnologías"

Aula Virtual

Internet

Correo Electrónico

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Desde su fundación, la Asociación Argentina de Cirugía, como lo expresa claramente su Estatuto, proyectó el desarrollo académico como la meta esencial de su razón de ser. Con el transcurso del tiempo, amplió sus objetivos sin modificar la propuesta original.

El Comité de Residencias Quirúrgicas, el Congreso Argentino de Cirugía, el Curso Anual, las Jornadas de Otoño y la Revista son algunos de los ejemplos de la actividad científica que desarrolla la Asociación. Si bien todas ellas ocupan un lugar destacado en la formación de los cirujanos, es importante reconocer que algunos aspectos de las mismas, en la actualidad, resultan por sus características, insuficientes. Es propósito de este

capítulo analizar la situación actual de estas actividades, y proponer los cambios necesarios para que las mismas no pierdan vigencia.

I - RESIDENCIA

Antecedentes

Existe unanimidad en aceptar que el mejor sistema de educación para graduados es la Residencia. La misma constituye un método de aprendizaje en el que se adquieren conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades en forma progresiva, con asesoramiento y supervisión constante²¹.

Su origen se remonta a William Halsted en 1889, quien la implantó en el Hospital John Hopkins cuando fue designado Jefe de Cirugía.

En nuestro país, en 1951, se crea la residencia de Cirugía en el Hospital Aráoz Alfaro de Lanús, bajo la dirección del Dr. Augusto Moreno, que se extendió hasta 1955. En 1957 Mario Brea y Andrés Santas la inician en el Hospital Durand.

En 1959 los Dres. J. Firmat, C. Gianantonio, E. Holmberg, A. Mendizábal, J. Manrique y R. Di Paola crean la Sociedad Argentina de Educación Médica y, en 1960, dependiendo de ella, el Subcomité de Educación Médica, cuya finalidad era asesorar, fomentar y evaluar las distintas residencias, siendo su primer Presidente el Dr. Mario Brea.

Recién siete años después, en 1967, el Ministerio de Salud Pública de la Nación creó el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que estaba integrado por los representantes de: Hospitales Nacionales, Municipales, de las Fuerzas Armadas, Privados, del Interior, de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), y de los Sanatorios de las Obras Sociales. En 1973 este Consejo fue disuelto. Las razones de su disolución son poco claras, sin embargo, no deben ser descartadas aquellas que respondieron a intereses políticos sectoriales. En

1978, en las VI Jornadas Médicas se resaltó que desde su disolución no existían programas actualizados ni organismos de evaluación⁹.

En 1986, Luis Gutiérrez en su Relato sobre Educación Médica Continuada y Recertificación¹², recuerda que el 28 de diciembre de 1978 se sancionó y promulgó la Ley 22.127, por la cual se establece el Sistema Nacional de Residencias de la Salud y se constituye el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA). Esta ley fue sancionada y promulgada, pero no reglamentada, de manera que sus objetivos nunca llegaron a la práctica.

En este contexto, en 1983, la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) decidió involucrarse en forma explícita, creando la "Subcomisión de Residencias". La misma, estaba integrada por ex-residentes de cirugía, siendo su coordinador el Dr. Wolfgang G. Lange. En la introducción de su reglamento dice: "La Asociación Argentina de Cirugía a través de la Subcomisión de Residencias del Comité de Educación Médica propone las normas para el Sistema de Residencias en Cirugía, que debe satisfacer los siguientes requisitos: formación médica integral del Médico Residente, supervisión adecuada y programa educacional basado en la dedicación exclusiva, la adquisición en plazos prefijados de experiencia personal intensiva y la responsabilidad progresiva por parte del educando".

La creación de esta Subcomisión por parte de la Asociación Argentina de Cirugía, ha sido sin duda relevante. Es así que quince años después de haber comenzado su labor, no sólo sigue vigente, sino que ha dado origen a otras estructuras de mayor complejidad que exceden el ámbito de la Asociación, al incorporar a las restantes especialidades quirúrgicas.

Prueba de ello es, que en diciembre de 1989, sobre la base de esta subcomisión se creó el Comité de Residencias Quirúrgicas. A este Comité se fueron incorporando, progresiva y paulatinamente, delegados de las distintas especialidades quirúrgicas. Si bien cirugía era una más de esas especialidades, la Asociación Argentina de Cirugía, motor de su creación, brindó su Sede y su infraestructura para que dicho Comité pudiera realizar su labor con eficacia. La función primordial del mismo era unificar los criterios de todas las residencias que implicaban actividades quirúrgicas. Nuevamente, su utilidad quedó probada con el transcurso del tiempo, tanto que en 1997, dio ori-

gen a la "Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina" con personería jurídica y sin fines de lucro¹⁶. Esta Asociación está constituida por Sociedades de todas las especialidades médicas, que se incorporan voluntariamente, sin importar si la actividad es quirúrgica o no. Su objetivo es acreditar y evaluar programas de educación médica de postgrado a pedido de sus responsables, actuando como auditores externos. Cabe destacar que el hecho de tener personería jurídica es muy importante, ya que debe rendir cuentas de lo actuado ante la autoridad legal competente, en forma periódica, para demostrar que cumple con los objetivos para los que ha sido creada.

Esta nueva Asociación también cuenta con el apoyo incondicional de la Asociación Argentina de Cirugía, quien como siempre, le brinda sus instalaciones y su organización administrativa para que pueda desarrollar sus actividades.

En este punto, queremos hacer un expreso reconocimiento al Dr. Wolfgang G. Lange, ya que sin su esfuerzo y empeño, a lo largo de estos 16 años de labor ininterrumpida, aquella Subcomisión no hubiera podido concretar los logros que trascendieron el ámbito de la Asociación.

Situación Actual

Cotidianamente, aquellos que estamos dedicados a la educación médica, vivimos una realidad que es por todos conocida y que involucra a todo el país: la falta de vacantes disponibles para residencias en cirugía, en relación a su demanda. Aunque no existe información oficial al respecto, se estima que sólo alcanzan para cubrir entre un 20 y un 25% del total de médicos que las solicitan. Son muchas las razones que impulsan a los nuevos profesionales a tratar de ingresar en el sistema de Residencias. Básicamente, se podría sintetizar diciendo que el cumplimiento de los planes de estudio de las Facultades de Medicina les es suficiente para obtener el Título, y ejercer legalmente la profesión; pero les resulta insuficiente cuando se evalúan la capacidad y la idoneidad para el desempeño de la misma. Cabe señalar que el actual Decano, Dr. Salomón Schaechter, ha hecho expresa mención sobre este punto, señalando su preocupación en relación al número de egresados (La Nación, 31-3-99).

Sin duda, la solución para el escaso porcentaje de Residencias sería la implementación de una "adecuada política sanitaria", de tal manera que, la cantidad de médicos graduados fuera acorde a las necesidades del país¹⁹. El criterio de "adecuada política sanitaria" al que hacemos referencia, implica también la orientación de los graduados hacia las especialidades y las zonas geográficas que más lo requieran. De ser así, los médicos recién recibidos que entiendan la filosofía de esta "adecuada política sanitaria", tendrían asegurada su formación de postgrado en una residencia de cirugía.

Esta solución excede el ámbito de este Relato y también el de la AAC. Sin embargo, existen algunos aspectos que sí son de incumbencia de nuestra entidad, que así lo ha entendido, y también llevado a la práctica a través del Comité de Residencias, que se ha ocupado, entre otras tareas, de la acreditación de programas de residencias, y de servicios de cirugía.

El merecido prestigio académico de la AAC logrado desde su creación hasta la fecha, hizo que la misma se constituya en una entidad de referencia en todo lo que atañe a la actividad quirúrgica. Es en este contexto que la acreditación de los programas de las residencias de cirugía, por ella iniciada, cobra en la actualidad particular valor¹⁸. Ha sido y es, un estímulo para incentivar la creación de nuevas residencias, y optimizar la calidad y jerarquía de las ya existentes.

En 1986, cuando Luis Gutiérrez escribió su Relato¹⁹ existían 42 residencias acreditadas. En 1998, 12 años después la cifra llega a 64, de las cuales 28 corresponden a la Ciudad de Buenos Aires, 8 al Gran Buenos Aires y 28 a ciudades importantes de las distintas provincias. Quiere decir que, en estos 12 años sólo hubo un incremento del 50% en las acreditaciones. Incuestionablemente, la cantidad de programas de residencias acreditados es muy inferior al número de residencias existentes en la actualidad en todo nuestro país.

Es importante destacar que, si bien la creación de nuevas residencias es útil para que un número mayor de médicos se puedan formar mejor, no es menos cierto que contar con un Programa de Residencias prestigia a las Instituciones, y les brinda la mal llamada "mano de obra barata". Estos últimos aspectos, desvirtúan y corrompen los verdaderos objetivos del sistema. La Asociación Ar-

gentina de Cirugía cuenta con los mecanismos necesarios para determinar cuáles son las Residencias recomendables, a través de la acreditación de sus programas. Sin embargo, como hasta ahora la misma no es obligatoria, la Asociación sólo puede evaluar a quienes lo soliciten.

Creemos que en breve ocurrirán cambios tanto en el orden nacional como en el internacional, en particular con los países limítrofes integrantes del MERCOSUR, que modificarán las circunstancias y el entorno de la tarea médica²⁰.

Dentro de estos cambios, señalaremos especialmente dos aspectos: por un lado la promulgación de la Ley de Residencias Médicas, que ya ha sido aprobada por la Cámara de Diputados (1997), y que para la fecha en que fue escrito este Relato, se encontraba en la Comisión de Salud del Senado de la Nación, para su discusión; y por otro lado los acuerdos políticos que se establecerán con los países que integran el Mercosur. En referencia a este último punto, cabe señalar que la Ministra de Educación de nuestro país se reunió con sus pares de Paraguay, Brasil, Uruguay, Bolivia y Chile para palear los criterios de habilitación para el ejercicio de una profesión en el exterior (La Nación, 21/6/98 página 16). Los funcionarios se comprometieron a impulsar la creación de agencias nacionales que evaluarán las carreras universitarias siguiendo criterios de calidad comunes a los países del Mercosur. En el caso de la Argentina, ese organismo sería la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), aunque también se deberán contemplar los criterios de selección de especialistas de los países vecinos.

Nuestra opinión es que la residencia debería ser el único método para obtener la especialización y el título habilitante. Aceptando que una residencia sea considerada como tal si cuenta con un programa acreditado por una auditoría externa. Simultáneamente con la acreditación del programa, debería acreditarse a la Institución donde el mismo se implementa, pues de nada vale contar con un excelente programa si el mismo no puede ser llevado a la práctica. De manera que, surge como conclusión obligada que las acreditaciones que hasta ahora son voluntarias en el futuro tendrían que ser obligatorias, tanto para los programas de residencias, como para las Instituciones donde los mismos se llevan a cabo.

Propuestas

Lo expuesto jerarquiza las actividades de educación médica continuada implementadas por la AAC. La mismas: certificación y recertificación, acreditación de programas de residencias quirúrgicas, y de Servicios de Cirugía, cumplirán, tanto en los aspectos académicos como laborales, un rol cada vez más trascendente en la vida cotidiana del cirujano.

Hasta la fecha, nuestra Asociación tiene ya mucho terreno ganado a nivel nacional en lo que a residencias y educación médica se refiere. El desempeño y los logros obtenidos por la Comisión de Residencias son un claro ejemplo. Sin embargo es nuestro parecer que se debe avanzar aún más.

Es la Asociación Argentina de Cirugía y sus miembros en todo el país quienes mejor conocen los problemas y las necesidades de los cirujanos. Sería absurdo que estructuras ajenas a ella pretendan establecer las reglas de juego para el ejercicio de la cirugía.

En lo referente a las residencias quirúrgicas, creemos que la Asociación debería coordinar la creación de una "Entidad" que estuviera abocada a garantizar el número y el nivel de excelencia de los programas de dichas residencias en toda la República y, de esta manera, e indirectamente, también garantizaría la calidad del producto obtenido: el especialista en cirugía. Este "Ente u Organización", estaría integrado por los Directores de los Programas de Residencias de Cirugía, siendo condición "sine qua non" para su participación contar con un programa de residencia acreditado por la Asociación Argentina de Cirugía.

El Estado debe dar su aval oficial e incluso puede estar representado a través de un delegado, pero no puede ni debe estar a cargo de la organización de esta "Entidad". La razón para sugerir este requisito es que la misma debe ser apolítica, ya que sus funciones trascienden en el tiempo mucho más que un período electoral, pues la "adecuada política sanitaria" a la que nos hemos referido debe ser planificada con la debida anticipación.

No es nuestro deseo que este Relato sea una sucesión de enunciados teóricos y de difícil o utópica aplicación práctica. De hecho creemos que la Asociación está cerca de lograr la conformación de la "Entidad" mencionada merced a los esfuerzos de los miembros que integran la Comisión de

Residencias. Es probable que este Relato, brinde el apoyo necesario frente a los organismos oficiales, para lograr su concreción definitiva.

Un segundo objetivo a lograr es que esa "Entidad" integrada por pares de todas las residencias vinculadas a la cirugía sea la responsable del ingreso de los médicos a las residencias de la especialidad en todo el país. Para ello, la "Entidad" tendría delegaciones en todas las Regiones (ver regionalización), que estarían integradas, como en el ámbito de la Capital, por los Directores de Programas de las distintas Instituciones con Residencia de Cirugía acreditadas por la AAC. Se tomaría un único examen escrito, en forma simultánea, en todo el país.

De concretarse este proyecto la Asociación logrará cumplir con varios de sus objetivos:

1. Vincular a los cirujanos con la Asociación desde las etapas iniciales.
2. Mejorar la formación de los futuros cirujanos y así poner al servicio de la comunidad profesionales con "garantía de calidad".
3. Crear la necesidad de la acreditación de las residencias y de las Instituciones, ya que en el futuro, con el sistema que hemos sugerido aquellas que no estén acreditadas no podrán tener residentes; y aún más, tanto las residencias como las Instituciones donde las mismas se desarrollan buscarán mejorar la calificación de su programa, para tener la opción de contar con los mejores residentes.
4. Conseguir, en forma indirecta, que a largo plazo, un mayor número de los cirujanos argentinos sea miembro de la Asociación Argentina de Cirugía.

II CURSO ANUAL

Situación Actual

El Curso Anual de cirugía que organiza la Comisión de Educación de Postgrado del Comité Científico y de Educación cumple una función docente de trascendencia. La evidencia más clara es que el número de inscriptos se incrementa año a año. Tomando como referencia los últimos dos años, en 1998 hubo 108 postulantes, y en 1999, 101, siendo la capacidad del aula de la Asociación para no más de 85 personas. Es razonable suponer que esta cifra continuará en aumento en los años venideros.

Por otro lado, hasta la fecha, sólo los médicos que residen en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano tienen la posibilidad de realizarlo.

Podemos afirmar que no es objetivo de esta Asociación limitar el número de inscriptos por falta de espacio, ni tampoco es intención ofrecerlo únicamente para aquellos que se encuentran en la Capital y sus alrededores.

Este problema se ha planteado en el seno de las Comisiones Directivas en varias oportunidades. La necesidad de mayor espacio para las innumerables tareas que se desarrollan en la Asociación, el Curso es sólo una de ellas, es una realidad.

Propuestas

Si bien contar con una nueva Sede sería de utilidad, la misma no daría solución a toda la problemática que plantea el Curso Anual, pues resolvería los aspectos locales, pero no el de los cirujanos del resto del país. Creemos que los avances tecnológicos en las comunicaciones ofrecerán, en breve, la solución completa para su implementación.

En efecto, la Argentina cuenta con el tendido de la fibra óptica prácticamente en el 100% de su territorio. Importantes ciudades como Posadas, Salta, Córdoba, Rosario, La Pampa, Mendoza y Neuquén ya cuentan con la tecnología para recibir y transmitir a través de ISDN (Integrated Services Digital Network). Este sistema de comunicación ofrece velocidad y excelente calidad de imagen.

Es nuestro parecer que las actividades del Curso Anual se deberían transmitir, en tiempo real, a todos los centros del país que se constituyan en delegaciones de la Asociación Argentina de Cirugía (Ver regionalización), y que cuenten con la tecnología necesaria. Sin duda, para el momento en que este Relato sea leído, serán muchas más las ciudades que podrán incorporarse a esta red.

Las ventajas de este proyecto son:

1. No habrá límite en el número de inscriptos, pues la transmisión simultánea habilitaría diversos centros de recepción. Es decir, que el Curso sería simultáneamente presencial y a distancia.

2. Todas las ciudades del país, con delegaciones de la Asociación Argentina de Cirugía que dispongan de la tecnología, podrán recibir la transmisión.

3. El Curso Anual conformaría un excelente instrumento de Educación a Distancia. Gracias al mismo, los cirujanos de todo el país tendrían acceso a la misma información actualizada en forma simultánea. Estos Cursos podrían tener un puntaje preestablecido que otorgaría créditos para certificar y recertificar.

4. La posibilidad de acceder a esta información haría que un mayor porcentaje de los cirujanos argentinos tengan especial interés en ser miembros de la Asociación.

III. CONGRESOS

Situación Actual

El Congreso Argentino de Cirugía es una de las actividades más importantes que ofrece y organiza la AAC. Asimismo constituye una de las reuniones científicas de nuestro país y Latinoamérica que mayor prestigio y asistencia tienen desde sus comienzos en 1928 hasta la fecha.

El Congreso Argentino de Cirugía permite brindar a los cirujanos información actualizada nacional e internacional en tiempo real. Cumple también con una segunda función, desde ya no menos importante, que es la social, al permitir el encuentro con médicos de otras regiones o países. De esta manera se generan importantes vínculos académicos y profesionales entre los cirujanos argentinos, y entre ellos y los extranjeros.

En este contexto, puede ser de utilidad el análisis de la asistencia a los cuatro últimos Congresos. No realizamos el de los anteriores porque al no estar computarizada la inscripción de los mismos, los datos no son exactos.

El total de asistentes a los Congresos de 1995, 1996, 1997 y 1998 fue de 2882, 3352, 3380 y 2894 respectivamente. La discriminación de los mismos entre "socios" y "no socios" no fue posible obtenerla para el de 1995. El análisis según ese parámetro para el Congreso de 1996 mostró que 2057 eran socios (61%); en el Congreso de 1997 fueron 2164 socios (64%), y en el de 1998 los socios fueron 2010 (69%). De los respectivos totales a los cuatro Congresos, el 38, el 48, el 40 y el 44% eran médicos de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que el 62, el 52, el 60 y el 56% correspondían a las distintas provincias.

La distribución de los asistentes según cada provincia se resume en el siguiente cuadro:

Provincia	1995	1996	1997	1998
Buenos Aires	854	807	940	829
Santa Fe	190	181	220	154
Córdoba	189	186	202	151
Tucumán	62	59	89	86
Entre Ríos	s/datos	67	71	47
Corrientes	61	57	63	53
Mendoza	38	48	38	34
Salta	29	40	41	26
San Juan	35	40	21	24
Chaco	35	20	34	27
Misiones	29	31	38	19
Río Negro	29	28	30	22
Neuquén	19	25	29	27
Sgo. del Estero	27	19	27	22
Chubut	21	20	23	22
San Luis	27	18	18	14
La Rioja	14	9	20	9
Jujuy	17	13	8	2
Santa Cruz	11	13	12	6
Catamarca	12	12	14	16
La Pampa	12	9	14	11
Formosa	13	9	10	4
Tierra del Fuego	3	4	3	5

Cabe destacar que, en las cifras mencionadas están incluidos tanto los "socios" (Miembros Titulares y Adherentes) como los "no socios".

El análisis de estos datos, nos permite extraer, en principio, dos conclusiones:

1) Se ratifica la trascendencia del Congreso al contar con un 38, un 36 y un 31% (1996, 1997 y 1998) de asistentes que no son miembros. Es decir que 1295 cirujanos en 1996, 1216 en 1997, y 883 en 1998 concurren por interés personal y no por tener paga su inscripción.

2) La mayoría de los asistentes al Congreso corresponden a las distintas provincias de nuestro país.

Contenido Científico

En relación a este punto, nuestro análisis de la situación actual es el siguiente: es llamativo que sólo un 12% de los cirujanos que respondieron la encuesta pida alguna modificación o cambio en la estructura del Congreso. Algo similar ocurre con los restantes ítems académicos (Cursos y Revista). Los porcentajes son diametralmente opuestos cuando nos referimos a los aranceles. Sin duda, es comprensible que en el momento actual la

mayor preocupación sea la económica, pero, debe quedar claro, que sin conocimientos científicos actualizados, será imposible lograr progreso alguno en los aspectos remunerativos.

Nuestro análisis de la situación actual encuentra que el progreso del conocimiento científico guarda una relación geométrica, e inversa, con el transcurso del tiempo. Basta con que cada uno de nosotros se detenga por un minuto a pensar cómo ha cambiado sus conductas médicas en los últimos años, para entender el vértigo con el que se suceden los acontecimientos.

La existencia de los relatos en los Congresos de Cirugía responden a un objetivo principal: actualizar un tema en forma exhaustiva, y secundariamente, permite premiar al cirujano designado por su capacidad, dedicación y esfuerzo en relación al tema en particular.

Si persistimos en el criterio de actualizar dos temas por año, el inexorable avance científico y tecnológico rápidamente nos va a dejar rezagados. Las razones son claras, por un lado, nuevas patologías se agregan a las ya existentes; y muchas de ellas cambian sus formas clínicas y/o sus criterios diagnósticos y terapéuticos; y por otro lado, la tecnología de las comunicaciones genera drásticos cambios, por sus características y por su rapidez.

Un par de ejemplos serán suficientes para entender la trascendencia de este concepto. Hace unos pocos años era impensable tratar una enfermedad quirúrgica intraabdominal sin una laparotomía, la videoscopia lo hizo posible. Así también, la tecnología satelital y la informática han hecho de las videoconferencias y las transmisiones de operaciones en tiempo real un hecho accesible al alcance de todo el que se lo proponga.

Inscripción

El pago de la cuota anual incluyendo la inscripción al Congreso es un tema que ha estado sujeto a controversias en los últimos años.

En efecto, si la inscripción al Congreso se abonara por separado la cuota anual debería ser más económica, sin embargo creemos, que de ser así, el saldo final sería negativo tanto en lo académico como en lo económico y en lo social. La situación financiera que rodea a la actualidad médica en general, y a la quirúrgica en particular, no es de gran estímulo para que los médicos inviertan

en mejorar su formación. Con una cuota única la Asociación tiene la posibilidad de facilitar el acceso de los cirujanos a la información actualizada, obviando la barrera que implicaría un pago adicional.

Propuestas

Contenido Científico

De acuerdo al análisis que hemos realizado, creemos que el contenido científico de los Congresos debe ser modificado.

Teniendo en cuenta los antecedentes, creemos que los Relatos deben continuar con las mismas características; pero sería necesario incorporar otras formas de actualización con un perfil diferente. La propuesta es que, en dos sesiones únicas, es decir, sin actividades simultáneas, se realice la actualización de las diferentes especialidades quirúrgicas a cargo de distintos disertantes. Las exposiciones serían breves, y tratarían sobre lo más trascendente y relevante ocurrido en ese año para cada especialidad. La AAC deberá establecer las especialidades reconocidas a este fin. Un Comité de Expertos haría llegar a la Comisión Directiva una terna con los nombres de los eventuales candidatos para actualizar cada tema.

Entre las ventajas de esta nueva modalidad remarcamos, en primer lugar que: cada año se tratarían temas actualizados de interés para todos y cada uno de los cirujanos. Esto es especialmente válido y de utilidad para aquellos que se desempeñan en las regiones que no cuentan con especialistas en cada patología.

Y en segundo lugar, que: los temas de estas "sesiones de actualización" serían establecidos sólo con un año de anticipación, mientras que los de los Relatos seguirían como hasta ahora. La ventaja de este cambio es que se tratarían simultáneamente los grandes temas clásicos, junto con las últimas novedades en los distintos campos de la cirugía.

Si se adoptara este criterio, con el tiempo sería más sencillo implementar un único Congreso anual de especialidades quirúrgicas.

La utilidad del Congreso Único ha sido remarcada en numerosas oportunidades. Entre sus ventajas más importantes se deben señalar la reducción de los costos y el incremento de la calidad y el nivel científico de los mismos³⁴.

Probablemente, el obstáculo más importante haya sido, y todavía lo es, el temor a la pérdida de individualidad.

Creemos que esta propuesta de actualización contempla estos aspectos, ofreciendo a cada una de las especialidades autonomía dentro del conjunto, y por tanto, daría viabilidad al proyecto.

Teleconferencias

Otra modificación importante, y sencilla de implementar, es la utilización de la teleconferencia como instrumento para mejorar la calidad científica del Congreso.

Si bien, para el momento de la lectura de este Relato podrían ya haber acontecido algunos cambios, hasta la fecha, las invitaciones a los cirujanos que son líderes en el extranjero deben realizarse con por lo menos dos años de anticipación. El motivo es simple, es necesario armonizar sus múltiples compromisos en el extranjero con sus actividades locales. Los Congresos en el exterior implican traslados y ausencia del lugar de trabajo por varios días. Estos inconvenientes podrían ser obviados, en su gran mayoría, merced a la teleconferencia. Esta forma de comunicación, deberá ser uno de los pilares fundamentales en la organización de los futuros Congresos.

En términos generales, los equipos de videoconferencia se encargan de transmitir video, audio y datos a través de sistemas digitales. El sistema opera con un método de compresión, por el cual la información reduce su tamaño durante la transferencia y se reconstituye en su formato original en el otro polo de la comunicación, donde se pone en marcha un mecanismo de descompresión equivalente. Este procedimiento cumple con el objetivo de reducir al máximo el tiempo de transmisión, con un grado de calidad aceptable y con un uso mínimo del ancho de banda. Una cámara de video de calidad y tamaño variables, un mecanismo de audio, una PC con el "software" específico para manejar la conexión, y un monitor son los ingredientes esenciales, a los que por supuesto, se les pueden agregar múltiples accesorios.

Entre las ventajas más evidentes señalemos:

- 1) La posibilidad de contar con un gran número de invitados extranjeros de trascendencia en el mismo Congreso, ya que con este sistema, el invitado no tiene que movilizarse, sino solamente disponer del tiempo necesario para dar su confe-

rencia, que se transmite en tiempo real. La telecomunicación permitirá mantener un diálogo con el expositor, e incluso, intercambiar opiniones con otros invitados que se encuentren en otros centros quirúrgicos.

2) Disminuir costos, pues los mismos para esta forma de comunicación serán muy accesibles. Basta decir que, el valor de la transmisión junto al arancel que se pague al conferencista invitado, será muy inferior al valor del pasaje y la estadía del mismo en nuestro país.

Aranceles

En relación a este punto entendemos que no se halla sujeto a discusión que la complejidad y magnitud del Congreso crece año a año. Consecuencia obligada de ello es la mayor inversión que se debe realizar en su organización e infraestructura. Como es muy probable que esta tendencia continúe, existiría una solución intermedia que beneficie tanto a la Asociación como a sus miembros: la misma es que el Congreso tenga actividades generales, comprendidas dentro de la inscripción, y otras, muy puntuales, que requieran para su asistencia un arancel agregado. De manera que, sólo pagaría un extra aquel cirujano que por su orientación tuviera un interés particular por determinada actividad. La calidad, y el nivel académico de los invitados marcarían el interés de los asistentes para pagar o no el arancel correspondiente. Esta modalidad, si bien ya existe para los cursos en los Congresos actuales, debería extenderse a otras actividades.

Lugar de realización

Con respecto al lugar donde debe realizarse el Congreso, es necesario tener en cuenta que la Argentina ha experimentado grandes cambios en los últimos años. Quizás uno de los más notables es, como ya lo hemos señalado, el que ocurrió en el campo de las comunicaciones. Merced a ellas, las distancias pierden trascendencia. Esto hizo que las capitales de todas las provincias sean tan accesibles como antes sólo lo era Buenos Aires. Esta condición ha tentado a muchos inversores extranjeros, para hacer de esas capitales centros neurálgicos tanto desde el punto de vista comercial como intelectual.

En los próximos años serán más las ciudades en toda la República que tendrán Centros de Convenciones y capacidad hotelera adecuada para ser sede del Congreso Argentino de Cirugía. Como ejemplo señalemos que es lo mismo transmitir una teleconferencia a la Ciudad de Buenos Aires como a cualquier ciudad del país que cuente con la infraestructura necesaria.

Por lo tanto, creemos que el Congreso debería rotar su Sede, en forma equitativa, por todas aquellas ciudades que estén en condiciones de alojarlo. En la actualidad, para cambiar la sede del Congreso es necesario que se vote una moción, a pedido de la Provincia o Ciudad interesada, en la Asamblea General Ordinaria.

Esto sólo ocurre ocasionalmente, y responde al interés académico de algún grupo médico en particular. Su organización, en general, demanda mayor trabajo, y mayores costos, si lo comparamos con los que se realizan en Buenos Aires.

Estos aspectos quedarían atenuados con nuestra propuesta, que consiste en una rotación planificada y preestablecida, con suficiente anticipación, por aquellas ciudades que reúnan los requisitos necesarios para ser Sede. Creemos, que en el contexto actual, el éxito del Congreso no debe pasar por la ciudad en que se realiza, sino por los temas que se tratan y la calidad de los invitados.

Asamblea General Ordinaria

Es interesante destacar que sólo el 10% de los Miembros Titulares que se encuentran en el Congreso concurren a la Asamblea. Numéricamente, los asistentes a la última que tuvo lugar fuera de la Capital Federal (Rosario 1992), y a las cuatro últimas que se realizaron en Buenos Aires, fueron: 171, 154, 162, 184 y 153 respectivamente.

Del análisis de estas cifras surge que en la primera (Rosario) los participantes de la Capital Federal fueron el 49,2%, y en las cuatro restantes oscilaron entre el 47 y el 60%. Podemos afirmar que el lugar de realización de la Asamblea poco tiene que ver con la cantidad y origen de los asistentes, pues el patrón de los mismos se repite tanto en Rosario como en la Capital. En la encuesta que realizamos, los que no asisten, manifestaron argumentos variados, que van desde la incompatibilidad de horarios hasta la falta de transparencia. En base a estos datos creemos que los so-

los no dan a la Asamblea la trascendencia que la misma posee.

Creemos que el concepto de regionalización que hemos propuesto, podría también ser útil para aumentar la motivación de los socios para concurrir a la Asamblea. En efecto, sabemos que los Miembros Titulares tienen la facultad de hacerle llegar a la Comisión Directiva todo tipo de sugerencias para que las mismas sean tratadas en la Asamblea. Sin embargo, también es cierto que la mayoría de los cirujanos no cuenta con el tiempo necesario para implementar este mecanismo. Al existir las regiones, los MAAC podrían, con mayor facilidad, lograr este objetivo a través de su delegado. Como corolario se desprende que los Miembros Titulares tendrían especial interés en asistir a la Asamblea para defender las propuestas o los temas que su región hubiera enviado.

IV. JORNADAS DE OTOÑO

Situación Actual

En 1995 la Asamblea General Ordinaria aprobó por mayoría la propuesta de la Comisión Directiva para realizar una reunión científica anual en el primer semestre de cada año. Esta "Jornada" sería de menor duración que el "Congreso Argentino", y se desarrollaría en forma rotativa en distintas provincias.

En 1998, por primera vez, en la ciudad de Tucumán, se realizaron las "Jornadas de Otoño" de la Asociación Argentina de Cirugía. Su resultado fue auspicioso y estimulante. La experiencia de los invitados nacionales y extranjeros hizo posible lograr los objetivos académicos y científicos buscados. Sin embargo creemos que es importante hacer explícita mención sobre un segundo objetivo también deseado y sin duda no menos importante cual es la integración de los cirujanos argentinos.

Para cuando se lea este Relato ya se habrán realizado las segundas Jornadas de Otoño, esta vez en San Martín de los Andes. Seguramente las mismas resultarán tan exitosas y productivas como las de Tucumán.

Propuestas

Con la intención de hacer a estas Jornadas aún más beneficiosas, tanto para la Asociación como

para sus miembros, sugerimos las siguientes propuestas:

1) que el Presidente debería ser un cirujano destacado (MAAC) de la región donde se realizan las Jornadas, quien trabajaría estrechamente con el Vicepresidente de las mismas, que a la sazón, sería el vicepresidente de la Asociación. Ambos compartirían la responsabilidad del evento.

2) que en el temario deberían incluirse capítulos dedicados especialmente a patologías con alta incidencia en la región en la que se realizan las mismas.

3) que la distribución de los invitados nacionales debería ser proporcional y equitativa al porcentaje de Miembros Titulares de cada Provincia (regionalización).

4) que la elección del lugar sea por votación en la Asamblea General Ordinaria con un año de anticipación.

V. REVISTA

Nuestra Revista ha ido evolucionando en forma ininterrumpida desde su creación hasta la fecha. Por su seriedad y prestigio ha sido incluida en el INDEX MEDICUS LATINOAMERICANO (OPS) e indizada en las Bases de Datos LILACS (BIREME-OPS) y CONDOR (SIIC). Asimismo es participante de los Requisitos Uniformes, Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; y de EXTRAMED de la Organización Mundial de la Salud. No cabe duda que su Director, el Dr. Angel N. Bracco, el Editor Jefe, Dr. Eduardo B. Arribalzaga y el Consejo Editorial realizan una tarea digna de ser destacada.

A pesar de que en la encuesta realizada sólo un 17,86% solicita cambios en la Revista, creemos que la paulatina pero inexorable incorporación de la informática a cada una de nuestras actividades cotidianas sugiere, como ya se hace en otras publicaciones, la incorporación de un disquete al último número del año, con los artículos publicados en los dos volúmenes correspondientes.

VI. ACTUALIZACIONES

Muchas de las nuevas técnicas quirúrgicas se aprenden de manera informal, ya sea por cursos dados por expertos con fines de lucro, o promovidos por las empresas que venden el producto en cuestión, o bien mirando y/o ayudando a los

cirujanos que ya las aprendieron. El aprendizaje obtenido de esta manera no tiene calidad uniforme, es caro, y habitualmente carece de una base teórica sólida. Incluso en muchos de los cursos, los organizadores poco se preocupan por evaluar los conocimientos y las destrezas que han aprendido aquellos cirujanos que han finalizado la actividad.

Por otro lado, así como los cirujanos buscan realizar cursos de alta calidad para aprender nuevas técnicas, es también importante para las Instituciones conocer cómo ha adquirido el cirujano esos conocimientos, ya que luego lo avalarían frente a los pacientes.

En la actualidad la Comisión de Cirugía Laparoscópica cumple esta finalidad, aunque con un alcance limitado pues está abocada a un único aspecto: la cirugía videoendoscópica.

Propuesta

Nuestra sugerencia es que debería existir una Comisión llamada "Nuevas Tecnologías" que se ocuparía de todos los aspectos de la cirugía que impliquen novedades tecnológicas. La función de esta Comisión no sólo sería importante en la organización de cursos de aprendizaje sino también por la oportunidad en que los mismo se implementaren. Sería deseable que las actividades, organizadas por esta Comisión, se anticiparan a aquellas, que como señalamos, habitualmente responden a intereses personales o sectoriales.

Los cursos sobre nuevas tecnologías serían *exclusivos* para los cirujanos miembros de la Asociación. De esta manera se conseguirían con éxito varios objetivos.

1) Los cursos tendrían parámetros preestablecidos sobre los conocimientos mínimos e indispensables que necesita tener el cirujano para emplear esa tecnología.

2) Las instituciones aceptarían para emplear la nueva tecnología sólo a los cirujanos que hayan aprobado estos cursos.

3) La Asociación ofrecería a sus miembros un servicio de calidad garantizada que redundaría concretamente en beneficio laboral.

Aula Virtual

La AAC debería encarar el proyecto de enseñanza a distancia utilizando las telecomunicacio-

nes. El sistema se denomina teleformedia y permite la configuración de un aula virtual. Con este método se simula un curso presencial, con todos los atributos del mismo, pero obviando los inconvenientes del traslado, la rigidez de los horarios, las ausencias por enfermedades, y los problemas personales o laborales, con la consiguiente disminución de los costos para los cursantes.

Al finalizar cada capítulo el educando debe hacer los ejercicios ya estipulados correspondientes al mismo, con una autoevaluación que de ser positiva le permite pasar a otra clase o nivel superior. Este sistema de libre determinación es aplicable sólo a sujetos que fehacientemente quieren aprender.

Al finalizar el curso, el educando tiene la opción voluntaria de presentarse a un examen convencional, que de ser aprobado le otorga el título, certificación o diploma correspondiente. Es decir que una sola y única vez debe trasladarse, si desea tener constancia oficial de la entidad organizadora.

Estos cursos de capacitación o actualización, tienen un crédito que será considerado para la certificación o recertificación.

Es importante destacar que a esta manera de aprender puede acceder cualquier médico del país o del extranjero, entrando de esa forma la Asociación en el mercado científico internacional.

Internet

Si bien la Asociación Argentina de Cirugía cuenta con una página Web, es importante que la misma se mantenga con la información actualizada, y tan completa como sea posible, ya que es la tarjeta de presentación en el mundo moderno. Entre los datos que deberían figurar en la página, creemos que sería de utilidad, el listado de los Miembros (anuario), los Congresos y Eventos Científicos vinculados a la cirugía, y temas generales relacionados con el quehacer cotidiano de los cirujanos (aspectos económicos, laborales y judiciales).

Correo electrónico

Desde que Ray Tomlinson, en 1971, envió el primer mensaje electrónico, la red de usuarios de esta forma de comunicación se incrementa en forma ininterrumpida. Cada día son mayores las fa-

ciudades con las que contamos dentro de la comunidad médica para acceder al mismo. Los costos se reducen en forma drástica y los beneficios aumentan de la misma manera. Es por ello, que creemos que la Asociación debería adecuarse a estas nuevas circunstancias. Una forma de comenzar sería enviando, por este medio, un Boletín Informativo mensual, para todos los Miembros que posean esta forma de comunicación, logrando un contacto directo con sus socios y permitiendo una relación fluida en ambos sentidos. Con el tiempo, y de acuerdo al éxito que se logre, se podrá extender su uso a otras actividades que las Comisiones Directivas crean de utilidad.

Certificación

La certificación es una valiosa distinción que obtiene el médico. La misma califica la idoneidad y capacitación del alto nivel obtenido, para lo que debió realizar tareas de perfeccionamiento y formación^{5, 7, 8, 21}.

Según la CANACEM (Confederación Nacional de Colegios Médicos)²² "el propósito fundamental de la certificación de especialistas es reconocer la calidad profesional, garantizar al paciente la idoneidad del acto médico y promover el perfeccionamiento creciente y la superación en la práctica clínica".

El médico recibe su título al egresar de las Universidades Estatales o Privadas existentes en la Argentina. Con este título se matricula en el Ministerio de Salud Pública o en el Colegio, Consejo o Círculo Médico y queda habilitado para ejercer su profesión. El título Universitario y la Matrícula habilita para cualquier tipo de actividad médica y podrá ejercerla solamente en el distrito que aceptó su inscripción.

El profesional en el desarrollo de su actividad puede especializarse en un área específica de la medicina. Con ese fin realiza residencias, concurrencias, pasantías y concursos para reunir los conocimientos, habilidades y antecedentes que avalen su especialización. Para ejercer como especialista deberá CERTIFICARSE en un organismo habilitante en forma obligatoria. Las exigencias de las autoridades sanitarias son muy disímiles, según el lugar del país en donde se tramite, existiendo en ese aspecto un verdadero caos. En el Ministerio de Salud de la Nación, por ejemplo, es un trámite administrativo que se obtiene con la

sola presentación de los antecedentes y certificados, a diferencia de algunas sociedades o de Colegios, Consejos y Círculos Médicos Provinciales en donde las exigencias son mayores.

En la Asociación Argentina de Cirugía la CERTIFICACION es voluntaria. El postulante al cumplir con el reglamento vigente recibe de la Asociación el certificado de especialista y pasa a ser miembro titular (M.A.A.C.).

Propuestas

Sabemos que la mayoría de los cirujanos argentinos no están certificados por la Asociación Argentina de Cirugía y por lo tanto no son Miembros Titulares (M.A.A.C.). Es nuestra opinión que se debería aumentar el número de M.A.A.C. pues ello redundará en un beneficio recíproco. De esta manera la Asociación fortalecería sus gestiones al ser más representativa.

La encuesta muestra que el 82% de los "No Miembros Titulares" no pudieron cumplir con los requisitos para su ingreso. Alrededor del 50% de todos los encuestados solicitan cambios en el mecanismo de ingreso.

Para cumplir con el objetivo de esta propuesta y teniendo en cuenta la encuesta surgen varios interrogantes: ¿Se tendrían que modificar las normas actuales de ingreso a la Asociación? ¿Se deberá bajar el nivel de exigencia actual? Pero si el nivel de ingreso es muy bajo ¿Es Miembro Titular podría tener la misma categoría que el actual? ¿Se podrían conciliar diferentes categorías de M.A.A.C.? ¿Cuáles serían?

En respuesta a las inquietudes que surgen de la encuesta afirmamos que el régimen actual de ingreso como M.A.A.C. no debería modificarse. Las exigencias actuales tendrían que mantenerse pues la Asociación Argentina de Cirugía, con el nivel obtenido ha ganado un prestigio que no puede perder.

Pero también hay que reconocer que existe en la actualidad un número significativo de cirujanos que en su momento, por distintas circunstancias, no cumplieron con las exigencias de ingreso a la Asociación. Para incorporarlos se podría crear una nueva categoría de miembro, a través de un ingreso diferente, pero que también tenga sus exigencias.

Los requisitos a cumplir serían: mayor de 45 años, acreditar 20 años de actuación en Servicios

de Cirugía reconocidos, demostrar fehacientemente actividad asistencial y docente, como así también cualidades ético morales. En lugar del examen de ingreso actual debería aprobar un curso prolongado (2 a 3 años) presencial o a distancia, organizado por la Asociación Argentina de Cirugía.

Esta nueva categoría de miembro tendría casi los mismos derechos y obligaciones que el Miembro Titular actual, salvo la limitación para ocupar cargos en la C.D. o ser presidente o vice de los comités y comisiones.

Con respecto a los miembros adherentes pensamos que habría que modificar su tiempo de permanencia en la categoría. El mismo no debería superar los 10 años, tiempo suficiente para cumplir con las exigencias de su ascenso a Miembro Titular.

En la práctica existe en el país una absoluta anarquía en los reglamentos para quedar habilitado en la práctica de la cirugía, cada Colegio, Consejo o Círculo tienen exigencias y éstas suelen ser muy disímiles entre sí. La Asociación Argentina de Cirugía tiene en la actualidad convenios con algunos colegios, consejos o círculos médicos.

Teniendo en cuenta que cada uno de ellos, no puede por ley delegar la habilitación del especialista y existe un solo organismo por cada provincia, proponemos que la Asociación Argentina de Cirugía celebre convenios con cada una de las regiones a través de sus delegados (Ver regionalización).

Si la Asociación Argentina de Cirugía consigue concretar estos convenios en todas las regiones, se propone que la habilitación para el ejercicio de la cirugía sea recíproca y para todo el territorio Nacional.

Recertificación

Resulta apropiado evaluar en lapsos prudentiales la competencia individual para el acto médico dados los cambios del conocimiento y de los recursos técnicos utilizados, verificando así la actualización del profesional respecto a la actividad que preponderantemente ejerce¹⁴.

Universalmente se considera que cada 5 años, el cúmulo de conocimientos es tal que obligan a nuevas formas de diagnóstico y tratamiento. La falta de adquisición de tales conocimientos implica un triple riesgo: para el paciente, para la co-

munidad y para el profesional. La manera más apropiada para demostrar a la comunidad que se mantiene actualizado y capacitado es la recertificación.

Se han definido como objetivos de la recertificación^{11, 12, 15, 25} los siguientes:

1. Mejorar el cuidado de los pacientes.
2. Fijar los "standards" para la práctica de la medicina.
3. Estimular la enseñanza continuada.
4. Asegurar a los pacientes y al público que los médicos se mantienen competentes a través de su carrera.

En EE.UU. hasta el 1 de enero de 1976 el certificado en cirugía no tenía fecha límite, pero desde ese momento el American Board of Surgery, consideró que los cambios de asistencia clínica quirúrgica eran muy vertiginosos y se debía emitir un documento que demuestre que el médico se mantiene actualizado. En ese país la recertificación es voluntaria pero existen instituciones y profesionales que aconsejan la obligatoriedad de la misma²⁵.

Corresponde a las Instituciones médicas procurar el mejoramiento profesional en los actos científicos y académicos evaluando los antecedentes, méritos, capacidad y años de ejercicio profesional.

En la Asociación Argentina de Cirugía sus Miembros Titulares pueden solicitar en forma voluntaria y periódica ser evaluados por sus pares en sus conocimientos, actitudes, habilidades y cualidades ético-morales siguiendo las normas establecidas.

Se debe destacar que no todos los problemas vinculados a la calidad de la atención médica se resuelven con la certificación y recertificación de los profesionales médicos^{11, 29}. En relación a los juicios de mala práctica la certificación y recertificación son antecedentes favorables.

Propuestas

Teniendo en cuenta que muchos profesionales viven y trabajan actualmente en lugares alejados de centros universitarios o científicos y les resulta dificultoso participar de un programa de educación médica continuada que les permita una acumulación de créditos para ser recertificados, se propone ampliar las normas actuales de recertificación.

Se proponen las siguientes alternativas:

- a) Aprobar un curso presencial de actualización en cirugía, teórico-práctico de alrededor de 500 hs

(de 2 años de duración) con evaluaciones parciales y final, organizado por la Asociación Argentina de Cirugía.

b) Participar de un programa de Educación Médica a distancia organizado por la Asociación Argentina de Cirugía con aprobación de sus exámenes parciales y finales.

c) Evaluación de un test de 200 preguntas de respuesta múltiples, entregado al postulante en sobre cerrado que deberá devolver a la Asociación en un plazo de 90 días, desde su entrega. Debe tener un mínimo de 85% de respuestas correctas y el tribunal podrá citar al postulante a una entrevista personal a los efectos de que proceda a defender científicamente su prueba.

Si la Asociación ofrece varias formas de recertificación, el postulante podrá elegir la

que se adecue mejor a sus posibilidades (nivel científico, ubicación geográfica); esto permitirá un mayor número de aspirantes a la recertificación.

Queremos resaltar que estas nuevas formas de propuestas de recertificación no significan desjerarquizar los objetivos que la Asociación Argentina de Cirugía tuvo en el año 1988 cuando convocó por primera vez a la recertificación de sus miembros, con la finalidad de promover la calidad de la atención médica quirúrgica²⁴.

Los beneficios de la recertificación para la comunidad son evidentes; sería deseable que el rédito también fuera para el médico recertificado, pretendiendo un mejor reconocimiento social.

ASPECTOS JURÍDICOS

Situación actual

Prevención: Propuestas

- Representante en áreas legislativas
- Comités Institucionales
- Campaña de prevención

Protección: Propuestas

- Peritos Médicos
- Formulario de Consentimiento Informado
- Seguro de Responsabilidad Civil

Situación Actual

Según la encuesta el 69,48% desean que la Asociación intervenga activamente en los problemas de Responsabilidad Civil de los cirujanos. Los juicios por mala práctica y su incremento constante no pareciera que tiendan a disminuir en los próximos años, sino todo lo contrario^{27, 30}. En tanto persista el sistema actual de salud, esta situación no se podrá modificar.

En 1982 la Asociación Argentina de Cirugía obtuvo de la Justicia la aprobación para ser consultada, a requerimiento directo de los jueces o por intermedio de los abogados de las partes en litigio²⁷.

En las demandas por mala práctica hay factores que dependen del cirujano y otros que son ajenos a él, por lo que se debería poner la atención en ambos aspectos.

Sabemos que gran parte de los litigios se deben principalmente a una mala relación médico-paciente o médico-pariente.

Por otro lado influyen en la interpretación y decisión del magistrado la incorrecta redacción de la historia clínica, deficiente parte operatorio, desatención en el seguimiento y escritura de la evolución diaria en el postoperatorio, como elementos trascendentes.

Además el médico es rebelde en su omnipotencia y proclive a desconocer, menoscabar o no aceptar las simples medidas de prevención que se deben adoptar. No siempre toma conciencia debidamente del compromiso de acatar las obligaciones jurídicas a las que estamos obligados a responder.

La mayoría de las consultas que llegan a la Asociación son formuladas por abogados patrocinantes de socios que solicitan una ampliación de información o un mayor apoyo científico y técnico. En los primeros años éstas se orientaban casi exclusivamente a certificar la legitimidad del socio o convalidar trabajos científicos nacionales y extranjeros relacionados con el tema en cuestión.

En el último tiempo las consultas sobre hechos puntuales de casos concretos que motivaran el litigio, aumentó significativamente; de tal forma, la tarea del Comité de Asuntos Profesionales se incrementó de manera considerable en trabajo y responsabilidad²⁷. Su estructura y dinámica actual no es la apropiada, siendo insuficiente para proteger adecuadamente al cirujano en este momento y mucho menos en las próximas décadas.

Prevención

Propuestas

Para poder modificar esta situación la Asociación Argentina de Cirugía debe propender a tener una participación más activa en las áreas legislativas.

El primer paso es tener la posibilidad de intervenir cuando se quieran cambiar o modificar las leyes que afecten el ejercicio profesional de los cirujanos. Además, existe la conveniencia de introducir, en la legislación que nos incumbe, artículos o interpretaciones de los mismos que desalienten el comercio de los juicios y coloquen al cirujano involucrado en igualdad de condiciones con el resto de la comunidad.

Con respecto a la renovación o modificación de leyes, es imprescindible que la Asociación tenga un representante dentro de las Comisiones de Salud, con el fin de participar y regular los cambios o reformas en los códigos relacionados con nuestro ejercicio profesional. Tan importante es esta concepción que el American College of Surgeons incluyó en su Boletín una encuesta donde pregunta a sus socios acerca de sus relaciones con integran-

tes gubernamentales, para que éstas puedan ser capitalizadas⁴.

Nuestro representante en las Comisiones de Salud debe ser un cirujano con experiencia y prestigio. Imbuido en los aspectos legales, con dedicación acorde a las necesidades y requerimientos. Habrá que ocuparse de aspectos puntuales que necesitan de una pronta solución, entre ellos impedir la facilidad con que se otorga el beneficio de litigar sin gastos, y el cambio de la interpretación jurídica que le da un carácter contractual a la relación médico-paciente.

Con el objeto de asesorar y dar pautas claras, una segunda propuesta es recomendar a las instituciones la creación de comités de historia clínica, infecciones, tumores, prevención en responsabilidad civil, bioética, entre otros, que favorecerán una buena atención médica y consecuentemente resguardarán de faltas a la Responsabilidad Civil.

La tercera propuesta sería implementar una campaña de prevención para disminuir o evitar los juicios por Mala Práctica.

En los cursos, jornadas, congresos u otras actividades científicas hay que recomendar la introducción de más temas de responsabilidad civil. Es conveniente que la Asociación Argentina de Cirugía edite folletos o publique más frecuentemente en el Boletín y la Revista temas vinculados con los problemas legales.

Para promover una información temprana es oportuno incluir en el examen de ingreso (MAAC) preguntas vinculadas al tema.

La divulgación de las leyes pertinentes no debe basarse en el simple enunciado de las mismas, sino lograrlo mediante un perfil ameno, con ejemplos prácticos de juicios reales, resaltando el proceder que llevó al error. El cirujano debe leer acerca de estos temas con la misma atracción que muestra en los asuntos estrictamente médicos.

Incentivar el interés en esta problemática debe ser el lema de esta campaña.

Protección

Propuestas

Sería beneficioso que la Asociación se involucrara más activamente dentro de los fueros judiciales, creando un plantel de *Peritos Médicos* en diferentes disciplinas quirúrgicas, quienes por su jerarquía profesional serían requeridos como referentes de alta valía.

El Consentimiento Informado, oral o escrito, es obligatorio. Es conveniente utilizar un *Formulario escrito preestablecido* para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse en cualquier acto médico. Debe tener necesariamente contenidos mínimos como diagnóstico, tratamiento propuesto, complicaciones, secuelas y mortalidad, beneficios esperados y consecuencias de la denegación, terapias alternativas, tipo de anestesia y su riesgo, como elementos fundamentales²⁸. Cada cirujano o Servicio de Cirugía debe tener su Formulario según el perfil quirúrgico y las necesidades.

Se recomienda a todos los miembros tener un *Seguro de Responsabilidad Civil*. Somos conscientes que en el momento actual la mayoría de los cirujanos y en especial los más jóvenes, tienen dificultades para solventar individualmente una cobertura de este tipo.

Se propone que cada Región (ver Regionalización) elija una Compañía de Seguros que actúe dentro de su ámbito, sería en sus antecedentes y sólida económicamente, para que los Miembros obtengan un seguro colectivo. Es importante tener en cuenta que a mayor número de asegurados las cuotas disminuyen su monto y las Compañías ponen mayor interés en su compromiso.

ASPECTOS ECONÓMICOS Y LABORALES

Antecedentes y Estado actual

Propuestas

Estatuto

Comité de Asuntos Económico y Laborales

Bolsa de Trabajo

Antecedentes y Estado Actual

En el año 1968 se promulgó la ley 18610 que obliga a que todo trabajador, en relación de dependencia, debe estar cubierto por una Obra Social. A partir de ese momento surgen nuevas obras sociales para atender las necesidades de aquellas entidades gremiales que no las tenían. Para tener un mejor y más ágil desenvolvimiento administrativo se suplantó al "Libro Verde" (honorarios médicos) y al "Libro Rosa" (gastos sanatoriales) por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Sanatoriales, Médicas, Bioquímicas y Odontológicas, a partir de 1972. Este Nomenclador Nacional, como habitualmente se lo denomina, agrupa y normatiza a todas las prácticas según un esquema de especialidades, donde figuran los honorarios y los gastos de las prestaciones.

La unidad monetaria para los honorarios profesionales se denominó "galeno", siendo el equivalente al valor de una consulta. Teniendo este parámetro como base, las prácticas quirúrgicas tenían una cantidad de "galenos" acordes a su complejidad. Este arancel de la operación comprendía solamente al acto quirúrgico en sí, dado que las consultas del postoperatorio se facturaban por separado.

Con el correr del tiempo se fueron menospreciando paulatinamente los honorarios del cirujano, un ejemplo de ello es que la remuneración por una operación incluye en la actualidad al período postoperatorio.

En la misma década del 70 aparece otro sistema de atención médica, que adquiere la denominación de medicina prepaga, estas organizaciones brindan cobertura médica a cambio de una cuota mensual. Creadas con fines de lucro han tenido comportamientos diferentes antes y des-

pues de la estabilización de nuestra economía. En la primera etapa, gran parte de los recursos necesarios para cubrir los gastos de los usuarios se obtenían a partir de las altas tasas de interés vigentes en aquel momento. En la segunda etapa el sinceramiento económico exigió la reingeniería de estas empresas. Esta nueva situación permitió el ingreso de inversores no médicos en el ámbito de la salud, cuyo interés, genuino en sí mismo, es obtener mejores dividendos para el capital invertido¹. Es difícil armonizar el concepto de adecuada atención médica junto con el de los intereses estrictamente económicos²³. Se debe aceptar, lamentablemente, que en muchas de estas empresas la salud y la atención del socio han pasado a segundo término. Dentro de este contexto el honorario del cirujano ha sufrido un considerable deterioro. De tal manera, en ambos sistemas, obras sociales y prepagas, por diferentes caminos llegan a iguales resultados. Esta problemática fue planteada por Laurence hace 20 años, en 1980 decía: "El sector de la medicina privada, liberal o de trato directo entre enfermo y médico con la ventaja de confianza y afecto recíproco que ella implicaba, ha sido sustituido en gran parte por un sistema de atención organizada denominada generalmente prepaga, que garantiza a sus afiliados protección médica a cambio de un aporte periódico... Los profesionales son remunerados mediante aranceles casi siempre inadecuados en relación a los demás costos involucrados, hecho ignorado muchas veces por los usuarios... Se ha suplantado la elección del profesional de acuerdo a sus merecimientos, por la elección del sistema económico más atractivo... la que brinda al enfermo toda la técnica pero poco del arte médico"¹⁷.

Otro serio problema que se acentuará en los próximos años será para los cirujanos lograr tener y/o mantener un lugar de trabajo, independientemente de la antigüedad en el ejercicio de la profesión.

En un número considerable de Empresas de Salud, el título de especialista, otorgado por entidades médicas, no brinda prioridad sobre los no

certificados (ver certificación y recertificación). Estas empresas que actúan como empleadores, son las que en definitiva deciden a quien toman y cuanto le pagan. En este momento las obras sociales, gremiales o no, y sistemas prepagos de salud hacen contratos directos o por medio de gerencias intermedias con clínicas, sanatorios y hospitales privados, dejando cada vez más de lado a las entidades que teóricamente representan a los médicos, llámese colegios médicos, agremiaciones médicas u otras similares. Hace tiempo que los médicos han perdido confianza y credibilidad en algunas de estas instituciones. En ellas también ha decrecido la representatividad y capacidad operativa para defender los derechos de sus afiliados.

En la actualidad la atención por sistema de prestación se ha reducido, ingresando como nuevas modalidades el día cama y los módulos cerrados o semi cerrados. Estas formas de atención médica, en la inmensa mayoría de los casos, no discriminan el honorario médico, quedando su asignación a criterio de los directivos del establecimiento¹⁰. Las empresas de salud determinan por sí, los magros aranceles médicos, en forma unilateral, sin evaluar la preparación, nivel profesional y la magnitud del acto médico. No es infrecuente la demora en el cumplimiento de los plazos de pago convenidos.

El honorario médico frecuentemente es el factor de ajuste de un sistema de salud económicamente inestable. Como consecuencia, el cirujano para mantener sus ingresos debe aumentar sus horas de trabajo y reducir tiempo al estudio y perfeccionamiento.

Dados los inconvenientes antes mencionados la Asociación Argentina de Cirugía en colaboración con todas las Sociedades y Asociaciones Científicas con representatividad y afines con la cirugía, elaboró con la intención de atenuar esta situación, un *Nomenclador Quirúrgico* que fue terminado en 1995. Este nomenclador tiene actualizadas todas las intervenciones quirúrgicas de las diferentes especialidades y modifica la estructura del Nomenclador Nacional. En éste cada operación tiene un nivel de categoría ascendente de uno a seis. Para definir estos niveles se tomaron en cuenta tres variables: complejidad del acto quirúrgico, tiempo de entrenamiento que se necesita para ejecutarla correctamente y riesgo de la misma.

También se dividió a los cirujanos en tres grupos, siendo "A" el que es MAAC, el "B" se otorga

al MAAC recertificado y "C" al MAAC denominado Especialista Consultor.

Con estos factores se confeccionó una grilla con valores que parten de una ecuación matemática cuya unidad es el monto mínimo de la consulta de cada categoría de cirujano. Los valores pueden ser cambiados de acuerdo a la condición de la obra social o sistema prepago, siempre sobre la base de un honorario digno. Este nomenclador tiene la elasticidad de adaptarse a las fluctuaciones económicas del país y adecuarse a los recursos regionales.

Las normas que complementan al Nomenclador Quirúrgico de la Asociación Argentina de Cirugía consideran las operaciones múltiples o simultáneas, las urgencias, jerarquizan el real trabajo del cirujano en el postoperatorio como así también la labor en días feriados y en horario nocturno. Es decir, contempla todas las alternativas de la actividad quirúrgica.

Este Nomenclador fue distribuido a todas las Sociedades de Cirugía del país, se remitió a los Miembros de la Asociación que lo solicitaron y, por pedido, al Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien fue oficialmente publicado en el Boletín Informativo², gran parte de nuestros miembros desconocen su existencia.

Dada la situación actual si el sistema de salud no cambia deberíamos cambiar nosotros. La "ley de los sistemas" demuestra que si un componente del mismo cambia, necesariamente cambia todo el sistema¹². En el sistema de salud el médico es un integrante necesario, es por ello que si nosotros cambiamos, indefectiblemente tiene que haber modificaciones en el régimen. Existen intereses económicos muy importantes y poderosos que necesitan y promueven que el médico no cambie, que no se encuentre unido, que conserve su altruismo, es decir que continúe como lo viene haciendo en las últimas décadas.

Propuestas

De la encuesta surge que el 89,29% de las respuestas solicitan que la Asociación se involucre en las remuneraciones de sus miembros.

El problema no es sencillo, en primer lugar por las características de la economía nacional e internacional (globalización) y en segundo lugar porque han transcurrido 30 años de un deterioro progresivo en un sistema, en el que paulatina e

inevitablemente se priorizan los costos en lugar de la atención médica.

Los cirujanos carecemos de un factor de ajuste para enfrentar esta realidad, porque aunque nos "bajen" los honorarios, no podemos "bajar los costos" de nuestro conocimiento.

Al analizar este problema creemos que la Asociación y sus miembros enfrentan un gran dilema. Por un lado, es un hecho real que para imponer una voluntad o criterio hace falta contar con la mayoría de los involucrados para que apoyen y defiendan el proyecto. La Asociación Argentina de Cirugía cuenta con alrededor de 3500 miembros, que representan solamente el 15 al 20% aproximadamente de todos los cirujanos del país. Es sabido que la calidad de sus miembros es alta, pero no excluyente y numéricamente escasa para lograr el apoyo necesario.

Cuando se preguntó en la encuesta acerca de otra forma de ingreso diferente a la actual, sólo el 50% respondió afirmativamente.

El otro aspecto del dilema, como fue mencionado anteriormente, es que también en la referida encuesta más del 95% requiere que la Asociación intervenga en los aspectos económicos y remunerativos de sus miembros.

Ambas facetas del dilema, escaso número de miembros e interés en los honorarios, son comprensibles pero no compatibles para resolver el problema.

Es necesario aceptar esta realidad para entender las propuestas y comprender que la verdadera solución es aquella que se logrará a largo plazo, luego de la aplicación racional de un plan de acción coherentemente diseñado.

Creemos que es indiscutible y perentorio que la Asociación intervenga en los aspectos remunerativos de los cirujanos, aunque ello implique la necesidad de alguna *modificación en el Estatuto*.

Proponemos también la creación de un *Comité de Asuntos Económicos y Laborales* que se ocupe integralmente de este tema. Para lograr sus objetivos deberían ser funciones de este comité:

1. Generar vínculos con todas las entidades que se ocupan de la atención médica (Colegios, Agreremaciones, Obras Sociales, Medicina Pre-paga, etc.).

2. Instrumentar los mecanismos para aplicar el Nomenclador Quirúrgico de la Asociación Argentina de Cirugía.

3. Concentrar las sugerencias y peticiones de los asociados con el objeto de canalizarlas por la vía correspondiente.

4. Asesorar acerca de los aspectos administrativos.

Estas funciones se deberán implementar en todo el ámbito nacional por intermedio de los delegados de las regiones, aceptando y respetando la idiosincracia de cada una de ellas.

Si este comité cumple sus funciones con eficacia y sus logros son evidentes, serán más los cirujanos que deseen ingresar como miembros de la Asociación. Con el aumento de sus miembros (ver Certificación) la Asociación Argentina de Cirugía fortalecerá su representatividad en la comunidad quirúrgica argentina. Es por este camino y no por medio de propuestas mágicas que se va a lograr cumplir con los objetivos de este Relato.

Otra propuesta, teniendo en cuenta la seriedad indiscutida de nuestra Institución, es crear una *Bolsa de Trabajo* para sus Miembros. A tal efecto se debería constituir una base de datos con todos aquellos que soliciten trabajo, deseen cambiar el mismo o mejorar sus condiciones. En ella estarían reflejados, luego de un cuidadoso análisis, el perfil quirúrgico, nivel científico, tiempo disponible, y todo otro dato que pueda resultar de interés.

Las ofertas de las entidades públicas y privadas podrían ser incorporadas en la página Web de la Asociación, como un método simple y de fácil consulta.

Todo este Sistema tendría que integrarse al mecanismo de la regionalización para tener una verdadera red de información e integración.

MERCOSUR

En el mundo moderno muchos países han visto la posibilidad de unirse, de borrar sus fronteras, con el objeto de encontrar beneficios sobre todo a nivel económico y comercial. Esta idea de agrupación regional comenzó hace muchos años en Europa y ocurre actualmente en Sudamérica con la creación del Mercosur. El desarrollo progresivo hacia la globalización de los mercados y la cultura incluye también a la medicina.

En nuestro caso particular, los países que componen el Mercosur tendrán que realizar cambios, a través de los ministerios correspondientes con el objeto de conciliar leyes, normas y reglamentos que rijan el ejercicio profesional.

En el momento actual, en cada uno de los integrantes del Mercosur, existen diferentes planes de estudio en el pre y en el postgrado, en

la certificación, recertificación, etc. Ya se ha mencionado en el transcurso del Relato la anarquía que existe sobre estos aspectos, en nuestro país.

Propuestas

1. Pautar y unificar las normas del Sistema Médico Argentino.
2. Consensuar con el resto de los países los criterios básicos sobre los que debe asentarse la medicina del Mercosur.
3. A la Asociación Argentina de Cirugía no le incumbe discutir o pactar por separado con otra Sociedad Quirúrgica de los países limítrofes, pero sí tendría que integrar un organismo nacional que abarque todos los aspectos médicos.

CONCLUSIONES

1. La AAC ha cumplido y sigue cumpliendo con los fines académicos y de excelencia para los que fue fundada. Sus futuras acciones deberán adecuarse a las necesidades de sus miembros. Para ello tendrá que efectuar las modificaciones necesarias en su organización, en las áreas administrativa y de recursos humanos, y en sus instalaciones (reingeniería).

2. La regionalización es una estructura organizativa necesaria e imprescindible dentro de la AAC, para ofrecer sus servicios con eficiencia en todo el país. Se propone una nueva regionalización, teniendo en cuenta como base a cada una de las Provincias.

Con el objeto de facilitar su funcionamiento se sugiere la creación de un Comité Central y la designación de delegados regionales.

3. Para garantizar la calidad y cantidad de las Residencias de Cirugía General se deberá crear un Organismo integrado por los Directores de Programas de Residencias de Cirugía acreditados por la Asociación y establecer un único examen de ingreso en todo el país.

4. Con el objeto de actualizar los conocimientos de las distintas áreas de la cirugía se propone incorporar a las actividades del Congreso "Reuniones de Actualización". Las exposiciones serán breves, y tratarán sobre lo más trascendente y relevante ocurrido en ese año en cada especialidad.

5. Debido a la proliferación de avances tecnológicos en el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas se propone la creación de una Comisión de Nuevas Tecnologías, que se ocupará de evaluar e instrumentar su aprendizaje en tiempo y forma.

6. Para conservar el nivel de excelencia adquirido, se recomienda mantener el régimen actual de certificación. En razón de existir un número de cirujanos, que por distintos motivos, no son miembros titulares, se propone crear una nueva categoría de miembros. Con respecto a la categoría de Miembro Adherente se sugiere limitar su tiempo de permanencia en ella.

7. Con el objeto de unificar las certificaciones y habilitaciones en todo el país se propone incrementar la realización de convenios recíprocos con Colegios, Consejos, y/o Círculos Médicos de las Provincias a través de los delegados regionales.

8. Para que todos los cirujanos puedan tener acceso a la recertificación se propone ampliar sus normas.

9. Las demandas por responsabilidad civil en el ejercicio profesional se han incrementado en los últimos años. Se proponen acciones de prevención y protección. Entre las primeras se sugiere: a) incorporar un representante de la Asociación en las Comisiones de Salud en el ámbito legislativo; b) crear y fomentar, en las Instituciones Públicas o Privadas, Comités de Historias Clínicas, Infecciones, Prevención en responsabilidad civil y bioética entre otros; y c) Implementar campañas de prevención y educación.

En cuanto a las acciones de protección se propone: a) la creación de un cuerpo de peritos médicos; b) la utilización de un formulario escrito del consentimiento informado; y c) la recomendación de poseer un seguro de responsabilidad civil profesional.

10. Serios problemas económicos y laborales enfrentan los cirujanos que ejercen en el país. La Asociación debe involucrarse en estos aspectos. Se propone la creación de un Comité de Asuntos Económicos y Laborales cuyos objetivos tratarán de originar cambiar o modificar la actual situación, para lo cual deberá:

a) generar vínculos con todas las Entidades que se ocupan de la atención médica;

b) aplicar el Nomenclador Quirúrgico de la AAC;

c) canalizar las sugerencias y peticiones de los asociados;

d) dar asesoramiento administrativo; y

e) implementar una Bolsa de Trabajo.

11. La AAC deberá formar parte del organismo nacional que se ocupe de establecer los acuerdos médicos entre los países integrantes del Mercosur.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín de Temas de la Salud. *Atención gerenciada en Salud*. 1998 34: marzo.
- Boletín informativo de la Asociación Argentina de Cirugía N° 62 - Junio 1995.
- Boretti JJ: *Discurso del Presidente del 52° Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug. 1982; 42: 94.
- Bulletin of the American College of Surgeons. 1999. 84: 22.
- Cañadas M: *Reflotación y reingeniería de empresas*. Edit. Gestión 2000, Barcelona 1994.
- Consejo de certificación de profesionales médicos. Boletines año 1 al 4, N° 1-12, 1996/97/98.
- Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. IV, V y VI. Seminario Taller 1996; 18-6, 20-8, 22-10.
- Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. VII, VIII y IX. Seminario Taller 1997, 20-5, 5-8, 4-11.
- Firmat J: *Residencias médicas*. Rev. A.M.A. 1979; 92: 161.
- García Poitevin O, Sañudo JA, De Batista: *Relato oficial: Jornadas de Cirugía de Entre Ríos, Concordia*, 1998.
- Gellhorn. Periodic Physician Recredentialing. A.M.A., 1991, Feb. 13, Vol. 265 N° 6.
- Gutiérrez LV: *Educación Médica continuada y recertificación*. Rev. Argent. Cirug. N° Extraordinario 1986.
- Hammer M: *Reingeniería de la empresa*. Edit. Parramon, Barcelona 1994.
- Hurtado Hoyo E: Asociación Médica Argentina. II Jornadas de Recertificación. I Jornadas de Estrategia en la formación del recurso humano de Salud en el Mercosur. Abril 1997, pág. 28.
- Jornadas de Recertificación. I Jornadas de estrategia en la formación del recurso humano de salud en el Mercosur. A.M.A., abril 1997.
- Lange W: *La Educación Médica de Postgrado*. Bol Inf. Asoc. Argent. Cirug. 1997, 71: 10.
- Laurence A: *Discurso del Presidente del 51° Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug. 1999; 40: 96.
- Moirano JJ: *El futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía*. Rev. Argent. Cirug. Número Extraordinario 1994, pág. ???
- Ortiz FE: *Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía*. Rev. Argent. Cirug. Número Extraordinario 1990.
- Pascual A, Macazaga J: *Post-Reingeniería. La organización celular para todo tipo de empresas*. Edic. Temas, 1997.
- Policies and Procedures for certification. American Board of Internal Medicine, July 1998.
- Pollastrí E: *Certificación y Recertificación. Fundamentos*. Rev. Colegio de Médicos 1996, 53: 3.
- Pujol MJ: *La administración en salud*. Edit. H. Macchi, Bs. As. 1995.
- Recertificación y categorización. Bol. Inf. Asoc. Argent. Cirug., 1989, 40: 3.
- Recertificación Program. American Board of Internal Medicine, 1999.
- Rey A: Citado por Boretti JJ en Rev. Argent. Cirug. 1982; 42: 94.
- Rodríguez Martín J, Minetti A, Beraudo M y col.: *El cirujano ante la justicia*. Rev. Argent. Cirug., 1998, 138-148.
- Rodríguez Martín JA, González Aguilar, Pardo H, Yazde Y: *Consentimiento informado: un dilema ético o legal?* Acad. Argent. Cirug. Sesión de abril 28, 1999.
- Rodríguez Pecora: *Recertificación de especialistas un tema controvertido*. Rev. Méd. Rosario, Vol. 63, N° 3.
- Sanguinetti FA, Martínez Marull A: *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones médicas*. Rev. Argent. Cirug. Número Extraordinario 1988.
- Santángelo HD: *La Residencia Médica en Cirugía*. Biblioteca de la Asociación de Médicos Municipales. Buenos Aires - 1980.
- Senge P, Roberts C, Ross R. y cols: *La quinta disciplina en la práctica*. Edit. Gramicci S.A., Barcelona 1995.
- Serrano R: *La certificación en el contexto del Mercosur*. Rev. AMA, 1998, III, (3): 3.
- Sociedad Argentina de Cirujanos: *Hacia un Congreso único de Cirugía*. Mesa redonda 1969.
- Stephenson W: American College of Surgeons. AT 75 (145). Library of Congress Catalog Card. Number: 90-82669. 1994.
- Uriburu JV: Citado por J.J. Boretti en Rev. Argent. Cirug. 1982; 42: 94.

- 6) Marque Todas las instituciones con las que se ha certificado
- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| Asociación Argentina de Cirugía | <input type="checkbox"/> |
| Otra Sociedad Científica | <input type="checkbox"/> |
| Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> |
| Colegio - Círculo o Consejo Médico | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> |
- 7) ¿Cuántas veces ha sido Recertificado?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| Una | <input type="checkbox"/> |
| Dos | <input type="checkbox"/> |
| Tres | <input type="checkbox"/> |
- 8) ¿Es Ud. Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía?
- | | |
|-----------|--------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> |
| Adherente | <input type="checkbox"/> |
| Titular | <input type="checkbox"/> |
- 9) Si no es miembro esto se debe a ... (marque todas las opciones necesarias)
- | | |
|---|--------------------------|
| No le interesa | <input type="checkbox"/> |
| Considera innecesaria la evaluación | <input type="checkbox"/> |
| Aun no pudo cumplir con los requisitos de la Asociación | <input type="checkbox"/> |
- 10) Si las hay indique Otras causas
-
- 11) ¿Cree que la AAC debe implementar otros mecanismos para ingresar como miembro?
- Sí No
- 12) Indique si los Relatos Oficiales le resultan útiles para su actualización...
- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |
| Deben modificar su perfil | <input type="checkbox"/> |
- 13) Marque con una cruz en cuáles de las siguientes áreas considera que la AAC debería incorporar otras actividades
- | | |
|---|--------------------------|
| En ninguna | <input type="checkbox"/> |
| En el Congreso | <input type="checkbox"/> |
| En los Cursos | <input type="checkbox"/> |
| En la Revista | <input type="checkbox"/> |
| En la protección en Responsabilidad Civil | <input type="checkbox"/> |
| En la protección del Honorario Médico | <input type="checkbox"/> |
| En la creación y mantenimiento de Bases de Datos, conexión con Internet, etc. | <input type="checkbox"/> |
- 14) Si considera que debe hacerlo en Otras, señale cuáles
-

15) ¿Considera Ud. que la AAC debe participar en las tratativas sobre Honorarios Médicos?

Sí

No

16) ¿Durante el Congreso de Cirugía, asiste a la Asamblea General Ordinaria?

No soy Miembro titular

No Sí

17) Si respondió que No Concorre ello se debe a

No se olvide de entregar Esta Encuesta a las azafatas que coordinan los salones de eventos

¡Nuevamente Gracias por su participación!