

El futuro de la cirugía uruguaya: Una utopía posible?

Dr. Luis A. Carriquiry*

Cuando Luis Ruso me planteó que la Sociedad quería reservar un día en el año a cada una de las Clínicas Quirúrgicas de la Facultad y que aspiraba a que una de las presentaciones fuera una conferencia del Profesor de la Clínica, se me ocurrió casi de inmediato que más interesante que realizar una puesta a punto actualizada de algunos de los temas quirúrgicos de mi preferencia, podría ser realizar algún aporte conceptual sobre el estado de nuestra cirugía, lanzando ideas maduradas en innumerables discusiones de escritorio y de pasillo con los colegas de la Clínica Quirúrgica «2», con los vecinos, con los demás Profesores de Cirugía y aun con visitantes extranjeros y filtradas por el cerno de la reflexión acerca de mi experiencia en la práctica quirúrgica académica y mutual. A todos desde ya mi agradecimiento y mi disculpa si reconocen en la exposición alguna idea original de su pertenencia, que

me he tomado el atrevimiento de incluir en mis planteos.

En el medio quirúrgico uruguayo, se vive con sensación de malestar. Muchos recibimos retribuciones sensiblemente superiores a las de nuestros antecesores y nos podemos permitir algunos «lujos» con los que muchos de ellos ni soñaron, pero aunque afortunadamente conservamos la pasión de la cirugía y seguimos viviendo su práctica con igual o más entusiasmo del que poníamos en los ya lejanos comienzos, no nos sentimos conformes con las circunstancias en las que trabajamos diariamente y estamos convencidos de la necesidad de cambiarlas

A explorar las raíces de ese malestar y los caminos posibles de su superación voy a dedicar esta exposición. No pretendo esbozar un programa acabado y redondo: me limitaré a señalar algunos aspectos que estimo relevantes y a realizar a este aporte para suscitar nuevas discusiones y propuestas que la Sociedad en su conjunto deberá transformar en un programa coherente.

* *Profesor Director de Clínica Quirúrgica «2» Hospital Maciel Facultad de Medicina.*

Conferencia dictada en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de julio de 2001.

Dirección: R. Pastoriza 1451 (502)

CP 11300 - Montevideo

Email: lcarriquiry@chasque.ape.org

I. El malestar en la cirugía uruguaya: los antecedentes

1.1 La cirugía del “50”- Larghero y la cirugía de su tiempo

Aun tratando de no recaer en el síndrome de Maracaná, no puede negarse que la cirugía uruguaya entre los 30 y los 60 vivió su época de oro y con esto me refiero fundamentalmente a que existió en esos años mucha menor distancia en términos de calidad entre nuestra cirugía y la que se practicaba en los grandes centros internacionales. El paradigma de Larghero en ese sentido es elocuente: asistía anualmente a la reunión del American College of Surgeons, formaba parte del cuerpo editorial de SGO y podía discutir casi de igual a igual con cualquiera de los grandes de la época. Y si sustituimos el nombre de Larghero por el de Del Campo, Chifflet o Armand Ugon la realidad no era muy distinta. En ausencia de una franca distancia tecnológica, la técnica quirúrgica adquiría preponderancia y una buena formación técnica permitía lograr esa escasa distancia cualitativa. Ello se hacía aun más evidente en la cirugía especializada: de esa época datan las descripciones de la laringectomía parcial horizontal por Alonso, de los puentes venovenosos por Palma y también de esa época la prominencia alcanzada por la escuela neuroquirúrgica uruguaya con Arana y por la escuela obstétrica con Alvarez y Caldeyro Barcia.

1.2 La caída progresiva e inadvertida

Los 60 y 70 van marcando en forma inexorable la expulsión del paraíso y la experiencia dura de la vida terrenal.

La progresiva crisis económica, con la consiguiente inflación y las limitaciones en el gasto del viejo y querido Estado batllista llevan a un triple fenómeno de vastas consecuencias:

- el progresivo deterioro de los hospitales públicos, lugares de formación y de innova-

ción hasta entonces. Especial mención merece la progresiva decadencia del Hospital de Clínicas, el “fruto dorado” de los cincuenta.

- la desaparición rápida de la cirugía privada, que paradójicamente financiaba la alta dedicación al hospital público y a la docencia
- el desarrollo de la cirugía dentro de las IAMC, que significó la instauración del cirujano empleado, limitado en sus retribuciones económicas y en su poder de decisión incluso técnico

Pero al mismo tiempo esa misma crisis económica y esos cambios en la práctica institucional de la cirugía llevaron en forma progresiva, a través de una sensible merma de las retribuciones quirúrgicas (y médicas en general) y de la necesidad del consiguiente horario extendido de trabajo, a una caída de la calidad académica, que nos llevó prácticamente a aislarnos del exterior (los viajes y las suscripciones a revistas se fueron haciendo más escasos) y a permanecer ajenos a la revolución científica de la medicina de postguerra, con el desarrollo de los estudios prospectivos controlados y la aplicación creciente de la estadística al análisis de los resultados de la práctica médica.

1.3 El renacer de la esperanza

Los años 80, con el retorno de la democracia y la explosión de las expectativas, fueron llevando a una creciente conciencia de la crisis y a la búsqueda y demanda de soluciones

Estas parecieron inicialmente logrables al comienzo de los 90 con el movimiento reivindicativo de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas y su éxito inicial. Quienes participamos en el movimiento o por lo menos el sector de perspectivas más amplias y abarcadoras- creímos con entusiasmo en que la mejoría sustancial en las retribuciones quirúrgicas en el sector de las IAMC iba a ser la llave

maestra que permitiría destrabar la situación de crisis, al desatar una serie de cambios en cascada:

- la concentración del empleo mutual en una o dos instituciones, con tendencia al monoempleo.
- el acceso de los cirujanos jóvenes a los cargos así liberados
- la mayor dedicación académica, al hacerse menor la presión económica
- el mayor contacto con el medio quirúrgico internacional

1.4 Las ilusiones perdidas?

Casi una década después, la realidad, siempre dura y opaca, no ha respondido a esas expectativas generosas, o como dirían los anglosajones “wishful thinking”

Aunque el análisis pueda parecer poco halagüeño para nosotros como cirujanos, podemos aseverar que:

- muy pocos cirujanos dejaron cargos libres
- el multiempleo sigue floreciente entre los cirujanos mayores
- el multiempleo sigue igualmente floreciente entre los cirujanos jóvenes, que acumulan cargos de suplentes, sin acceso a la auténtica práctica quirúrgica
- la brecha enorme entre las retribuciones privadas y públicas ha drenado fuera del hospital, que sigue siendo el lugar de formación, tanto a los docentes, como a los jóvenes cirujanos en formación

Apenas podemos consolarnos señalando que por lo menos el contacto con el exterior es más fluido y hoy podemos viajar a congresos, suscribirnos a revistas, comprar libros y siempre con dificultades, enviar a nuestros jóvenes a completar sus formación intelectual en centros del Primer Mundo.

2. El malestar en la cirugía uruguaya: los datos del presente

Estos antecedentes nos permiten entender que el actual malestar en la cirugía uruguaya no es simplemente un estado de espíritu que refleja meramente el ánimo quejoso y desesperanzado tan típico del Uruguay, el Urucry de Carlos Maggi, sino que responde a un estado de cosas objetivo que dista mucho de ser satisfactorio.

Examinemos con un poco de detención el marco externo en que se desenvuelve nuestro hacer quirúrgico en los comienzos del siglo XXI.

2.1 El marco país

La cirugía uruguaya se practica dentro de la sociedad uruguaya y ésta naturalmente la condiciona y le marca los límites a su desarrollo.

Tres factores nos parecen gravitantes en este momento en su incidencia sobre posibles cambios en la cirugía

● *las constricciones de la economía:*

El Uruguay se encuentra atravesando un período de recesión económica severa, con estancamiento y aún descenso del PBI por habitante, con alto desempleo, y con pocas perspectivas de una mejoría inmediata. El sistema político en su conjunto no encuentra puntos de coincidencia para elaborar un proyecto futuro en un mundo globalizado donde el porvenir de los países productores de materias primas no parece ser peculiarmente favorable. Por otra parte el % del PBI dedicado a la atención de salud ya roza el 10% y no parece tener mucho sentido pretender aumentar esa tasa, sin antes mejorar la eficiencia de ese gasto de ninguna manera despreciable

- *la pésima distribución de la inversión en salud*

Esa inversión en salud se encuentra pésimamente distribuida, en forma socialmente regresiva, con un casi total predominio del gasto en medicina curativa sobre la preventiva y una muy desigual distribución entre las asignaciones al sector público (20% del gasto para 50% de la población) y el privado (80% del gasto para el otro 50%). Baste agregar que la magnitud del gasto estatal y la carga impositiva sobre la población hacen utópico pensar en un aumento importante del gasto en el sector público de la asistencia, cualquiera sea el gobierno de turno, y que pensar en una reasignación de recursos desde el sector privado al público es aun más utópico, dado la fragilidad de la situación financiera de las IAMC y el peso corporativo de sus integrantes (incluyendo los médicos)

- *la cultura del “desánimo”*

Por otra parte conspira contra cualquier solución la existencia generalizada de una “cultura de desánimo” que sigue añorando el viejo Estado providencialista del batllismo, aunque intelectualmente sepa que se ha vuelto económicamente imposible para un país como el nuestro en el mundo actual.

2.2 el marco institucional:

Si nos circunscribimos al interior del sector salud, una rápida mirada nos muestra como elementos condicionantes principales:

- *el excesivo número de médicos*

El número de médicos es altísimo y seguirá siéndolo por muchos años, aún cuando se tomen medidas que no parecen probables en el horizonte cercano. Tenemos más médicos por 100.000 habitantes que la mayor parte de los países desarrollados y ello no sólo no se traduce en indicadores de salud

superiores, sino que lleva a aumentar el gasto médico innecesario, a reclamar puestos de trabajo de dudosa justificación y a dividir el horario de los cargos, apuntalando el multiempleo

- *la fragmentación del sistema de salud*

No sólo existe una tajante división entre sector público y sector privado, sino que dentro de cada sector las distintas instituciones pretenden ser autosuficientes y no coordinan ninguna acción de salud ni comparten recursos entre ellas. Afortunadamente en el sector público parece atisbarse un intento de coordinación y de integración de tareas entre ASSE y el Hospital de Clínicas y tanto el Hospital Militar como el Policial han demostrado con hechos su intención de participar en este proceso. En cambio, en el sector privado, cada institución insiste en ser una isla dotada de todos los servicios, aunque una consecuencia benéfica de la actual crisis es que puede empujar a una coordinación obligada y bienvenida

- *las limitaciones institucionales de la cirugía*

Tanto en las instituciones públicas como privadas, pero sobre todo en estas últimas, el ejercicio de la cirugía se realiza cercado por una serie de limitaciones muy marcadas, dejando a los cirujanos en una situación subordinado, con muy escasa voz acerca de las necesidades de sus servicios y con más escasa respuesta a los intentos de ampliar esa voz. Las cuotas y feriados quirúrgicos son una realidad omnipresente y las dificultades para acceder a las nuevas tecnologías -y algunas no tan nuevas- se vienen haciendo crecientes

- *la despreocupación por la calidad,*

A los administradores de salud de nuestro país solo parece importarles el cumplimiento

to de algunas metas cuantitativas. En principio la calidad no importa: con raras excepciones, “lo mismo un burro que un gran profesor”

- *el multiempleo quirúrgico*

El multiempleo, aunque pueda en parte estar justificado por lo precario de la situación de seguridad de empleo en instituciones en crisis económica, significa una situación de franco desperdicio de energías que lleva inexorablemente a una franca disminución de calidad de la atención

- *los efectos perversos del sistema retributivo*

Sobre este punto, quiero ser claro. Sigo considerando que el acuerdo sobre retribuciones del año 1993 significó un avance para los cirujanos y me considero realmente uno de los beneficiados por él, pero sería lamentable no tener presentes los efectos “perversos”, no queridos, del acuerdo (en buena parte persistentes por la negativa de las IAMC a discutir iniciativas tendientes a corregirlos y planteadas por esta Sociedad):

- = estímulo al multiempleo
- = desestímulo al retiro a la edad adecuada
- = no reconocimiento retributivo a los cargos de mayor jerarquía
- = recompensa excesiva y desproporcionada a los actos quirúrgicos frecuentes y de menor entidad frente a los mas importantes y menos frecuentes
- = freno al desarrollo de la cirugía videoendoscópica

Querría detenerme especialmente en este último: el intento de la propia Sociedad de Cirugía de hacer valer la capacitación técnica de sus miembros en la retribución de una nueva forma de hacer cirugía, ha actuado como un boomerang, dificultando la

difusión de los procedimientos al hacerlos en buena parte de las practicas institucionales caros y poco accesibles para buena parte de la población: la experiencia bien reciente y comparada de lo sucedido en la AEISM y en el CASMU ilustra a las claras esta situación. Lo cierto es que al salir a cualquier foro internacional resulta claro que el Uruguay debe ser uno de los países mas atrasados en el mundo en el desarrollo de técnicas videoendoscópicas.

2.3 el marco académico:

Si posamos ahora nuestra mirada en el marco académico, la realidad nos muestra:

- *la escasa dedicación docente*

Como ya dijimos mas arriba, el sistema mutual mejor remunerado “roba” los docentes del hospital, pero al mismo tiempo admite como índice de capacitación el grado docente, llevando a que muchos cirujanos sin vocación académica continúen la carrera docente para poder acceder a los cargos mutuales

- *la insuficiente y errática formación del postgrado*

El sistema de las Residencias ha significado un paso importantísimo pero existen problemas persistentes en la realidad de la formación del cirujano

- falta de coordinación entre la formación teórica y la práctica
- evaluación rudimentaria
- pobre formación metodológica
- excesivo número de cargos, para permitir una formación adecuada

- *pobreza de la producción científica*

¿Cuántos trabajos quirúrgicos uruguayos han sido públicos en revistas internacionales arbitradas en los últimos cinco años?

3. Los problemas del presente

Si superamos las vallas de este entorno y nos adentramos en la específica práctica quirúrgica, en la forma como se realiza la cirugía en el Uruguay de hoy, encontramos cuatro fenómenos que estimo fundamentales:

- *la inexistencia de centros académicos de alto nivel*

Seis Clínicas Quirúrgicas universitarias con personal cambiante y de dedicación part-time no pueden ser la cuna de ningún proyecto científico de avance de nuestra cirugía, máxime cuando buena parte del tiempo se debe dedicar a resolver problemas asistenciales en un contexto de privaciones múltiples y a efectuar una docencia de pregrado en cirugía cuya calidad se ve comprometida por el número excesivo de estudiantes y la pobre definición de los objetivos docentes.

- *la mala distribución de la práctica quirúrgica*

No hacen falta encuestas muy profundas para percibir que la mayor parte de los cargos y actos quirúrgicos dentro del sistema privado se concentran en las manos de una minoría de cirujanos mientras que los cirujanos más jóvenes que han completado su formación -incluso que han terminado o están terminando el grado 3 de Facultad- se ven confinados obligatoriamente en cargos de escaso acceso a la práctica quirúrgica verdadera, pudiendo pasar años sin realizar operaciones o haciéndolo solo en circunstancias poco menos que excepcionales

- *la ausencia de especialización*

Todos seguimos haciendo de todo o casi de todo, dentro de la cirugía general y en buena parte el sistema mutual y los criterios retributivos nos obligan a ello. Mientras que el panorama internacional nos muestra los

frutos benéficos de la dedicación predominante de grupos a un determinado sector de la cirugía con concentración de números y desarrollo de criterios de excelencia, el Uruguay sigue siendo, en palabras del recordado Grezzi, el reino de los “panperitos”.

- *la ignorancia acerca de los resultados*

¿Tenemos alguna idea con visos de realidad de cómo marchan los pacientes?. Nos limitamos a repetir con ausencia de espíritu crítico los números de mortalidad y de supervivencia a distancia de los grandes centros internacionales que leemos en los libros y las revistas pero no tenemos números reales de nuestros resultados. No hace falta ir hasta la ya vieja y repetida anécdota de Mario Camacho y las úlceras perforadas. En nuestro estudio epidemiológico de 1991 sobre el cáncer colorrectal en Montevideo, encontramos un 10% global de mortalidad postoperatoria. No quiero entrar ahora en el tembladeral de la mortalidad de la cirugía esofágica. ¿Sabemos algo de lo que sucede en otros campos de la cirugía mayor? Y si no lo sabemos, ¿cómo vamos a analizar los factores a corregir y a mejorar en el futuro?

4. Los objetivos del futuro

Partiendo de estas constataciones, que estimo bastante objetivas aunque inevitablemente filtradas por mi juicio subjetivo, creo que debemos delinear los puntos principales de un programa de transformación que atienda a solucionar estas fallencias. Pero un programa de tal cariz para no ser literalmente una expresión de deseos, una utopía en el sentido riguroso del término debe estar lo suficientemente cerca de la realidad a transformar para poder obrar sobre ella en forma eficaz: lo he llamado desde el título una “utopía posible”

Creo firmemente que ese programa debe atender a proponer cambios en dos sectores principales muy relacionados entre sí pero conceptualmen-

te distinguibles: el campo de la formación académica y el campo de la práctica quirúrgica. Es obvio que los cambios en cualquiera de ellos van a incidir sobre el otro en forma positiva pero a los efectos conceptuales los expondré en forma separada.

4.1 En el campo de la formación académica, creo que los objetivos fundamentales son dos:

- el desarrollo de una formación rigurosa del cirujano
- la constitución de verdaderos centros académicos quirúrgicos universitarios

El primero supone una radical transformación del programa actual de formación, pero sus bases ya han sido acertadamente delineadas en informes previos de la Sociedad de Cirugía, uno inicial empujado por Bolívar Delgado y otro algo más amplio elaborado por una Comisión que presidió Francisco Crestanello. Confieso que me cuesta entender la resistencia a poner en práctica sus conclusiones que incluso manifiestan hoy en día algunos de los firmantes de estos informes. Las bases de mi propuesta actual nacen de esos aportes.

Creo firmemente que es necesaria una residencia de cinco años de duración continuada, como existe en los países desarrollados, dotada de un programa detallado de objetivos de formación en conocimientos, actitudes y destrezas, escalonado y progresivo.

Creo que el acceso a esta residencia debe realizarse a través de una prueba de conocimientos generales, con énfasis en los saberes básicos adquiridos en la carrera de pregrado y no en fórmulas repetidas, que congelan en recetas de concurso un conocimiento clínico que deberá ser adquirido en la práctica de la residencia

Creo que el aporte de esta prueba en la selección de los residentes debe ser completada por la escolaridad del pregrado -actuando así de acicate

al mejor rendimiento estudiantil- y por una entrevista personal con un tribunal de formación amplia para poder discernir las aptitudes vocacionales y comunicacionales del candidato y su actitud con respecto a la carrera futura.

Creo que el programa de la Residencia debe ser completado en forma inexorable por un programa también escalonado y progresivo de evaluación de los conocimientos, aptitudes y destrezas adquiridos, que ponga el énfasis en una evaluación sumativa, formativa, que incluya distintas modalidades evaluativas y que pueda llevar incluso a eliminar y a reorientar a quienes no demuestran capacidades o vocación para continuar el proceso de formación.

Creo que la Residencia debe básicamente formar a los nuevos cirujanos pero que aquellos con vocación académica podrán completar su formación a través de una Maestría en Cirugía, con nuevos contenidos de aprendizaje y nuevas exigencias vinculadas a la investigación clínica. La iniciativa del PROINBIO es altamente saludable en ese sentido, pero se debe vigilar que no sea expropiada por los básicos y se debe ampliar las posibilidades de investigación a la puramente clínica o clínico-epidemiológica e incluso a la realización de revisiones sistemáticas rigurosas con la metodología Cochrane

Creo que esta nueva Residencia debe asociarse a la eliminación del grado 2 de Cirugía actual y del concurso de acceso a este cargo, concurso cuya virtud innegable es el esfuerzo de formación y de estudio que demanda, pero que puede ser sustituido con ventaja por un programa de evaluación riguroso y planificado durante la Residencia.

Creo que esta nueva Residencia puede completarse con un 6° año de Jefatura de Residentes o por "fellowships" en especialidades o subespecialidades quirúrgicas, que otorguen el diploma correspondiente o por pasantías prolongadas en el exterior, facilitadas por becas universitarias o incluso instituidas por esta misma Sociedad con el aporte de la industria..

Pero también creo que buena parte del éxito de esta nueva residencia reside en que lleguen a ella médicos recibidos que hayan aprendido durante la carrera de pregrado a aprender a aprender y a servirse de los métodos modernos de aprendizaje para enriquecer su formación. En ese sentido el cambio del currículum de pregrado me parece una condición de importancia y el proyecto de reforma presentado como bosquejo inicial por la Asociación de Estudiantes de Medicina constituye sin duda alguna un aporte de enorme interés. Me parece fundamental que los docentes de cirugía lo conozcan, lo discutan y realicen sus aportes para incidir en la gestación del currículum futuro y evitar que sea expropiado por médicos "teóricos" sin contacto con las necesidades de la práctica real.

Finalmente el otro gran condicionante es el tema del número. El número de estudiantes de pregrado en primer lugar. No puede haber enseñanza de calidad con el número actual de estudiantes y pretender multiplicar ad infinitum el número de docentes es imposible por las restricciones económicas. Pero además me parece éticamente condenable seguir invirtiendo recursos sociales de todos -y en buena medida de quienes ni se acercan a las puertas de la Universidad- en la formación de profesionales que el país no necesita y que contribuyen a deteriorar la práctica de nuestra enseñanza -cuando estudiantes- y de nuestra medicina -cuando graduados-. El número de residentes en segundo lugar. Creo que estamos formando un exceso de cirujanos y ello redundará en las dificultades en la formación, en la ocupación ulterior y en la adquisición de experiencia.

Resulta difícil una adaptación brusca cuando se mantiene el ingreso libre al pregrado pero ya los jefes de las Clínicas Quirúrgicas hemos brindado a la Comisión de Residencias Médicas nuestra opinión en cuanto a la conveniencia de una reducción mesurada y progresiva en los próximos años.

El segundo exige en el futuro cercano la desaparición de las Clínicas Quirúrgicas como existen hoy y la constitución de Departamentos de Cirugía en los grandes hospitales (Clínicas, Maciel, Pasteur y quizá Militar), con un Profesor Director y un cuerpo de Profesores correspondientes a las diversas subespecialidades, responsables de orientar la asistencia y la formación de los nuevos cirujanos en sus áreas respectivas. Los actuales grados 3 deberían pasar a ser permanentes y no a término y de dedicación exclusiva -como los Profesores- a su cargo universitario y a su Departamento, con una retribución salarial razonablemente competitiva con la existente en el medio extrauniversitario, en la que se asocien un salario docente y un salario asistencial, eventualmente complementados por los ingresos devengados por pacientes externos resultantes de un sistema de full-time geográfico. Aunque esto pueda parecer un sueño, no faltan algunos indicios que abonan a favor de su posibilidad:

- las retribuciones quirúrgicas extrauniversitarias van inevitablemente a tender a disminuir en parte debido a la situación económica de las IAMC y en buena parte sobre todo si se concreta la eliminación del multiempleo
- la actual política universitaria tiende a privilegiar los salarios de alta dedicación.
- la disminución del número de cargos en las Clínicas, resultantes de la desaparición de los grados 2 y de los cambios en la docencia del pregrado liberarán fondos para mejores retribuciones.
- la dificultad de acceso a los cargos mutuales de los cirujanos jóvenes aumentará el número de aspirantes a cargos seguros aunque con menores retribuciones.

Estos Departamentos con docentes de alta dedicación deberán realizar proyectos de investigación Clínica por sí mismos o en forma coordinada o formando redes que incluyan a cirujanos no académicos, pero interesados en el tema de estudio.

A su vez dentro de un sistema de salud coordinado y estructurado, serán centros de referencia para pacientes complejos, tanto del sistema público como del privado y serán responsables de la evaluación crítica y fundamentada de las nuevas tecnologías vinculadas a la cirugía, siguiendo los lineamientos generales del NICE británico.

4.2 En el campo de la práctica quirúrgica extra universitaria querría destacar tres aspiraciones fundamentales:

- la instauración de una práctica quirúrgica jerarquizada y crecientemente especializada
- la auditoría rigurosa de resultados
- la puesta en marcha de un sistema de educación médica continua, revalidación y recertificación

La primera supone la transformación de la organización de la cirugía en las IAMC, instituyendo una verdadera organización departamental, que incluya la realización de la mayor parte de los actos quirúrgicos comunes y de menor entidad por los cirujanos más jóvenes, con formación ya completa e incluso por cirujanos en formación debidamente supervisados, y la reserva de los actos más complejos a grupos de cirujanos de mayor experiencia. En este sentido la creación de grupos subespecializados cobra una especial relevancia, en la que la especialización marca una búsqueda de la concentración de la experiencia y la persecución de la máxima excelencia posible y el prefijo sub indica que se mantienen los vínculos con la cirugía general. Creo que en los últimos años ya existe suficiente experiencia en las publicaciones de cirugía acerca de las ventajas de los grupos especializados (veáanse los trabajos de Cameron, Brennan y Neoptolemos sobre cirugía pancreática, de los escandinavos y holandeses sobre cirugía coloproctológica compleja, etc). Y la experiencia de la cirugía mastológica en nuestro medio abona en el mismo sentido.

Creo que la creación de grupos especializados en las instituciones mayores es un camino que no sólo debe estimularse y suscitar nuestro apoyo, sino que debe ser promovido por iniciativas concretas por los propios cirujanos. Estas iniciativas deben apuntar a generar grupos especializados sin privilegios exclusivos -la experiencia de la mastología muestra que la sola existencia del grupo termina por atraer a la inmensa mayoría de los pacientes-, y con una forma de retribución distinta, que reconozca más la especialización y la excelencia que el número de actos quirúrgicos -aquí sí no va a ser fácil reiterar la experiencia de la mastología, donde los actos quirúrgicos son frecuentes y el pago por acto se adapta bien al desarrollo de la especialización-. Quienes no formen parte de los grupos se verán beneficiados por un lado al recibir pacientes que antes eran operados por los integrantes de los grupos especializados y a la vez al poder derivar pacientes complejos, que operaban con poca frecuencia y que les planteaban problemas difíciles y de alta dedicación. Pero vuelvo a insistir que en este punto me parece que la iniciativa nos corresponde a los cirujanos. Un cirujano de la experiencia de Stanley Goldberg me aconsejaba en su visita a Montevideo, que empezara yo derivando pacientes a otros cirujanos que luego ellos empezarían a derivar otros hacia mí. De esta manera deberíamos apuntar:

- en las instituciones mayores, a fomentar el desarrollo de grupos especializados en cirugía mastológica, en cirugía hepática, en cirugía biliopancreática compleja, en cirugía coloproctológica compleja, en cirugía del esófago y posiblemente en cirugía de las tiroides y paratiroides
- en las instituciones menores, a la vez a fomentar el desarrollo de alguno de esos grupos donde exista el potencial humano correspondiente -no va a ser posible disponer de todos- y a coordinar la asistencia de los pacientes correspondientes a esos sectores entre ellas y con las instituciones mayores.

La segunda es una necesidad perentoria para el progreso de nuestra cirugía, que nos permitirá en un plano general identificar sus falencias y promover el desarrollo de protocolos y de grupos humanos destinados a superarlas y en un plano más personal ejercer una adecuada superintendencia de la labor quirúrgica. Me parece importante que los Departamentos de Cirugía y los cirujanos tengan una participación activa en esta labor de auditoría no dejándola en manos de los burócratas de la salud. Pero también me parece importante -si estamos presentes en el proceso- asumir también que de la auditoría pueden resultar advertencias y sanciones frente a malos resultados reiterados y que antes que la defensa corporativa de los cirujanos nos debemos a la defensa de la calidad de atención de nuestros pacientes.

La tercera es el complemento natural de la segunda. Pretender seguir ejerciendo la cirugía con el bagaje de conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en el postgrado es ilusión vana y un sendero seguro hacia el desastre. La Sociedad de Cirugía a través de sus actividades científicas ya participa en forma implícita en la educación médica continua. Creo que debe participar activamente en los esfuerzos que esta emprendiendo la Escuela de Graduados de la Facultad para desarrollar un sistema de educación médica continua, y

de recertificación, que deberá ser conducido por un organismo autónomo con participación de la Escuela de Graduados, del MSP, de las IAMC y de las Sociedades Científicas. Por otra parte, siguiendo algunas orientaciones iniciadas durante la Presidencia de Bergalli y luego olvidadas, la Sociedad debería desarrollar un sistema de validación de la experiencia y calificación de los cirujanos, en base a sus condiciones como tales, eliminando el uso nefasto de los grados docentes de Facultad como marcadores de calidad, lo que en un tiempo pudo significar un aporte hacia la mejora de la calidad quirúrgica en las IAMC pero hoy en día constituye una traba en la carrera de colegas perfectamente capacitados pero sin carrera docente y un acicate a ingresar y permanecer en la carrera docente a colegas sin vocación y sin interés por ella.

Seguramente estoy olvidando o dejando de lado otros aspectos igualmente importantes: todo juicio implica una selección y ella no tiene por que ser acertada ab initio. Mi mayor ambición es que esta presentación sirva de estímulo para una discusión continuada y de buen nivel. La tradición de esta Sociedad, la angustia de nuestros colegas más jóvenes y las presiones de nuestro entorno nos están obligando a emprender ese camino.

Muchas gracias