

Porvenir del Cirujano Pediatra

Dr. Raúl Korman

Conferencia dictada en el XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica - Noviembre de 2000

A todos los concurrentes al Congreso, a los invitados extranjeros y a las autoridades:

Les agradezco vuestra presencia en el XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica y como es tradición, en esta oportunidad me corresponde como Presidente de la ACACI dirigirles este mensaje.

Y en esta ocasión me propongo realizar algunas consideraciones respecto al futuro de nuestra especialidad y además transmitirles mi impresión respecto al rol que la ACACI debería tener en los próximos años. Este análisis nace de la experiencia personal en el ejercicio de la profesión y de los años en que actué en nuestra sociedad, que me brindaron un panorama más amplio.

Mi intención no es hacer un informe tradicional mostrando la importancia de lo actuado y los ambiciosos planes futuros. En realidad les hablo desde una seria preocupación, y es que los cirujanos pediatras podemos en los próximos años perder el potencial liderazgo respecto al cuidado quirúrgico de los niños.

La medicina tiene una tendencia cada vez más marcada a la superespecialización, esto se debe a varios factores como son la mayor complejidad tecnológica, el aumento del conocimiento en temas muy específicos, el mayor volumen y oferta en información y a la mayor competencia laboral.

La facilidad actual para obtener con rapidez análisis de laboratorio, imágenes cada vez más sofisticadas, accesos para biopsias, laparoscopias, han hecho desaparecer los diagnósticos casi mágicos que algunos profesores solían hacer sólo con la clínica, la observación y la experiencia, por eso las grandes figuras capaces de abarcar todo el conocimiento médico fueron quedando en la leyenda, Gianantonio o Garrahan en la pediatría, Finochietto o Rivarola en la cirugía.

La tecnificación representa sin duda un gran progreso, pero la falta de médicos generales puede ser un perjuicio para los pacientes. Esta problemática general de la medicina también la tenemos los cirujanos pediatras. En una generación cambió la figura de los

cirujanos capacitados para operar toda la patología quirúrgica del niño. Recordemos que la cirugía pediátrica se desarrolló en sus comienzos como una respuesta a las necesidades del momento: alguien debía ocuparse de las afecciones quirúrgicas del niño y quienes iniciaron este camino lo hicieron abarcando todas las patologías y subespecialidades quirúrgicas.

En 1977 Wilkinson escribe: "ya no es posible a ningún cirujano estar en la posesión de la destreza, la experiencia y los conocimientos necesarios para enfrentarse a los innumerables aspectos de la atención quirúrgica del niño."

Cuando estas palabras se publican ya comienzan a separarse las subespecialidades: ortopedia, cirugía cardiovascular, la neurocirugía, posteriormente la plástica y la urología.

Todo esto se fue dando con cierta naturalidad en los últimos 25 años y sigue una tendencia donde los cirujanos buscan circunscribirse en áreas cada vez más específicas, aunque aún no constituyan subespecialidades: tórax, trasplantes, neonatología, laparoscopia, cabeza y cuello, oncología, hígado y vías biliares, trauma.

Es evidente que para un cirujano pediatra general se hace cada vez más difícil, diagnosticar, operar y manejar con fluidez todas las patologías, debido a los grandes avances que ha habido en cada una de ellas.

La integración del conocimiento en la actualidad requiere cada vez más la formación de equipos y la necesidad de hacer trabajos científicos interdisciplinarios.

Quiero contarles una anécdota: en el primer congreso del CIPESUR en Foz de Iguazú me tocó coordinar una mesa de patología neonatal con distinguidos cirujanos pediatras. Uno de los panelistas habló de hernia diafragmática, tema que desde hacía 2 años estaba investigando. Fue brillante la exposición. Al final de la mesa hubo preguntas al panel, dónde tam-

bién se había hablado de NEC. Cuando se le preguntó al expositor antes referido sobre conductas en esta patología dijo que no tenía ninguna experiencia y que no podía contestar.

Para mí esto que pareció un pequeño detalle significó un llamado de atención. Estaba con un brillante investigador, cirujano pediatra, pero de NEC ni hablar.

Muchos cirujanos pediatras que actúan en pequeñas poblaciones deben resolver las patologías frecuentes, pero seguramente no pueden resolver los casos de atresia de vías biliares teniendo que derivarlos a centros de mayor complejidad, tanto por un problema de entrenamiento como de infraestructura.

Estas situaciones nos están marcando que hay diferentes perfiles de cirujano Pediatra, y esto me lleva a preguntarme ¿Deben tener la misma categorización como cirujano pediatra, el investigador, el cirujano que actúa en centros distantes pero que cumple un importante rol social, el urólogo o el plástico infantil, el cirujano de guardia de un Hospital de Pediatría y el que hace trasplantes en pediatría?

La respuesta no es simple. ¿Seguirá siendo posible que un mismo cirujano opere cuello, tórax, maxilofacial, abdomen, paredes, malformaciones anorrectales, haga laparoscopia, endoscopias, sepa de marcadores tumores igual que de asistencia respiratoria mecánica y nutrición parenteral en neonatos, haga cirugía ginecológica y urología pediátrica? Dudo que ese sea el camino futuro.

Tampoco sabemos cuál será el impacto del progreso tecnológico ni cuales serán las nuevas técnicas que deberemos aprender en los próximos años. Pero al mismo tiempo no debemos dejar de plantearnos cuál debe ser el equilibrio entre los superespecialistas y el médico cirujano general quién es capaz de tener una visión diagnóstica y terapéutica más amplia.

Pero ¿En el futuro habrá cirujanos pediatras generales? ¿Tendrá valor el título de cirujano pediatra general o los jóvenes cirujanos irán incorporándose y formando equipos en cada área? Es necesario elaborar una respuesta a estas preguntas para poder establecer los planes de formación, categorizar los servicios, elaborar las necesidades de especialistas y de centros quirúrgicos y establecer programas de residencias

Llevo 30 años de especialista, disfruté y disfruto operando las más variadas patologías en el niño, pero aunque ha sido muy gratificante, presiento que es-

ta característica abarcativa de la especialidad va a cambiar en las próximas generaciones y los cirujanos deberán especializarse más en distintas áreas, para ser así más eficientes y competitivos.

Muchas veces me pregunté si el cirujano pediatra debe ser un pediatra que opera o un cirujano que aprendió a operar niños? La respuesta a esta pregunta es también clave para definir cómo formar a los futuros especialistas.

En mi opinión, que no sé si es compartida por todos, la especialidad permanecerá viva sólo dentro de la pediatría.

Muchas de las residencias en cirugía pediátrica en el mundo exigen previamente una residencia completa de cirugía general de adultos. En otros casos se hacen rotaciones parciales para pasar luego por pediatría, y finalmente se completa la residencia en cirugía pediátrica lo que resulta un largo proceso de formación. La iniciación del aprendizaje técnico de un cirujano pediatra ¿la debe hacer un cirujano de adultos? Yo no estoy convencido que sea necesario, creo que los cirujanos pediatras también lo podemos hacer.

Actualmente la residencia en cirugía de adultos comienza con una rotación por terapia intensiva de adultos y luego se hacen rotaciones por las distintas áreas de cirugía: tórax, vascular periférica, urología, coloproctología, gastroenterología, etc. No existen rotaciones por cirugía general de adultos. Esta formación previa para un futuro cirujano pediatra en mi opinión no tiene mucho sentido.

Como los planes de formación futuros deben incluir muchas rotaciones: terapia pediátrica, neonatal, cirugía pediátrica general, cirugía neonatal, tórax, laparoscopia, urología, plástica, cardiovascular, trasplantes, neurocirugía y otras optativas, los programas pueden resultar excesivamente largos.

Tengo la convicción que los cirujanos infantiles aún no valoramos en su totalidad nuestra especialidad. Aún hay discusiones sobre si debemos depender de Pediatría o de Cirugía General. Si debemos o no participar en sus congresos. Aún no es una materia pregrado en la facultad. Hemos dejado de tener salas de internación propia en hospitales pediátricos. Discutimos cuánto tiempo los residentes deben rotar por cirugía de adultos y luego hacer la de cirugía infantil. Todavía nos llamamos cirujanos infantiles. (por lo menos en nuestro país).

Considero que podemos formar a los cirujanos pediátricos luego de las rotaciones iniciales en UTI pediátrica y neonatal y además brindarles una formación de excelencia.

Me preocupa que en muchos lugares nuestra especialidad pasó a ser dependiente del control administrativo por parte de los pediatras. Pero además a esto se agrega que muchos de los programas, la enseñanza, el soporte técnico, los consultorios y la investigación están controlados por administradores no médicos y otras por médicos no especialistas. Hay también conflictos laborales con cirujanos generales y a veces con otras subespecialidades quirúrgicas pediátricas que al crecer constituyen un problema. Aparecen nuevas especialidades que tratan de separarse de la cirugía pediátrica y por otro lado en muchos centros los cirujanos generales tratan de introducirse en nuestra especialidad. Los urólogos pediatras en algunos lugares están integrados y en otros son independientes y competitivos con la cirugía pediátrica.

Estos conflictos no nos deben hacer perder de vista que nuestro objetivo es mejorar el cuidado y calidad en la atención del niño, por eso es importante evaluar y estudiar la organización de los servicios y el impacto que van produciendo los cambios a través del tiempo. La integración de los cirujanos pediátricos en las distintas regiones y en el mundo es un factor determinante para lograr el éxito y permitir con mayor énfasis la promoción de la especialidad.

El comité ejecutivo de la World Federation está evaluando a través de encuestas el estado actual de la especialidad en todo el mundo ya que al reconocer los problemas se podrá ayudar a las próximas generaciones de cirujanos a adaptarse a los cambios en la especialidad. Nuestro esfuerzo es conocer los obstáculos políticos y económicos con los que debemos confrontar para poder protegernos.

En este contexto ¿Cuál debe ser la función de la Sociedad Científica que nos agrupa? ¿Qué tipo de especialidad debe defender? ¿Qué forma de desarrollo de la cirugía debe promover?

Mi opinión es que en el futuro la Sociedad debe agrupar a todos los cirujanos que se dedican a operar a los niños, desde el recién nacido hasta el adolescente sin importar en que área o subespecialidad actúen. Y debe hacer un gran esfuerzo para que todos estén adentro.

Debemos recordar que nuestra Sociedad fue durante años huésped de Pediatría, actualmente es independiente, con casa propia y fueron quedando atrás los temores iniciales de cómo podríamos mantenernos económicamente. Fue necesario poco tiempo para consolidar a la ACACI y esto significó una gran madurez.

La sociedad avanzó en lo académico: Congresos, Cursos, Jornadas, Revista, Biblioteca con un crecimiento muy significativo en el nivel científico. A esto contribuyó el jerarquizar la presentación de trabajos libres en los congresos, exigiendo una sistematización en la forma de presentación, con selección previa e incorporación de comentaristas y discusión de los temas.

Se iniciaron los cursos de educación continua, que seguramente será una actividad permanente y con valor curricular.

La RCI cumplió el 10° aniversario, se han publicado más de 400 artículos con un nivel científico creciente, considero que por su nivel ya debería estar ingresada en el Index Medicus, pero aún no la han aceptado y hay que insistir al respecto.

Se está tratando de proveer material a la biblioteca de la ACACI como para transformarla en un lugar de consulta.

Así como se está consolidando en lo académico la sociedad tiene poco poder en la actividad gremial y éste es un reclamo frecuente de los asociados, en especial de los jóvenes cirujanos. Como ejemplo tenemos que se trabajó en un nomenclador de cirugía pediátrica para que usen los financiadores de la salud y no se pudo imponer. Según mi parecer, la fuerza gremial sólo puede ejercerse luego de adquirir manejo previo de otras áreas que son vitales para tener fuerza de negociación y que aún es un terreno todavía poco transitado.

Primero tienen que estar todos los cirujanos pediátricos en la ACACI, para eso debemos realizar una fuerte campaña de concientización y que todos sepan que esta es la única institución que nos puede defender y es la única que puede actuar jerarquizando la especialidad.

A partir de allí hay que trabajar mucho para que la ACACI sea el órgano que dé las pautas de formación y otorgue el título de especialista. Pero hay que hacer hincapié en la importancia del título otorgado, por-

que en el seno de nuestra sociedad se discutió mucho respecto a lo rigurosos que debemos ser al otorgarlo, pero por más estrictos que seamos, ¿Qué valor tiene si no hay un programa posterior de educación médica continua con un sistema de evaluación acreditado por un comité específico y luego un estímulo para los planes de recertificación de los títulos?. Hoy sabemos cuan rápida es la desactualización del conocimiento científico y por lo tanto de los títulos.

La ACACI debe asesorar respecto al número de residentes y especialistas que requiere el país. Debe ser la entidad que brinde los programas de formación de residentes y de especialistas, debe ser la institución que se ocupe de categorizar los servicios de la especialidad. Hay que estimular los planes de investigación y lograr que la Cirugía Pediátrica sea una materia de pregrado en las universidades.

Debemos estar a la vanguardia en el tema de las subespecialidades, participando en la elaboración de los programas de formación y los eventuales títulos que puedan otorgarse. Recordemos que el ejercicio de la especialidad es regulada académicamente por las sociedades científicas y estas también regulan y acreditan a las subespecialidades.

Sin olvidarnos que este esfuerzo lo debemos hacer en un sistema en crisis de la Salud Pública y de los Hospitales. Pero justamente luego de las crisis sobrevienen los cambios. Sólo a partir de manejar y tener

preminencia en esas áreas podremos defender el trabajo de los especialistas y la sociedad podrá adquirir fuerza para poder actuar en lo gremial.

Al proponernos proyectos tan ambiciosos, aumenta la responsabilidad y la dedicación que tenemos que brindar a la Sociedad pero como no somos administradores, ni conocemos de leyes, ni sabemos como vendernos bien a los sponsor, deberemos buscar mayor participación de los Asociados o bien tener formas de profesionalizar más la actividad societaria. Pero para esto se requieren recursos económicos importantes, somos pocos y necesitamos mucho ingenio, evitando que la financiación surja de aumentar la cuota societaria. La relación con los laboratorios y proveedores debe encaminarse a que estos nos brinden más apoyo y sólo lo harán cuando les demostremos que somos una parte importante en la difusión y venta de sus productos.

Las filiales deberán crecer junto a la ACACI. Debemos tener mayor representatividad de las distintas regiones, unificando las políticas hacia todo el país, en especial los criterios de formación de especialistas, calidad de servicios y títulos.

Finalmente debemos luchar para formar los mejores especialistas y esa es la mejor forma de comenzar a jerarquizarlos todos.

Muchas Gracias...