

Realidades

V. Martínez Ibáñez

Cirujano Pediátrico

Desde hace unos años el Ministerio de Sanidad y Consumo está ofertando 4 plazas para la formación de especialistas en cirugía pediátrica que tiene una duración de 5 años, después de los cuales el nuevo especialista podrá optar a plaza interina o fija en un centro hospitalario estatal con unidad de cirugía pediátrica. Hasta este último año 1999, estas 4 plazas se ofertaban a todos aquellos hospitales que estaban acreditados según el citado ministerio que son, todavía hoy, 19 centros ¡qué barbaridad!, de los cuales 2 obtenían siempre un residente cada año debido a que el propio centro financiaba la formación del residente. De forma que para el resto de centros públicos estatales acreditados que son 17 centros, se ofertaban 2 plazas de residente de nuestra especialidad. Este año la aberración ha aumentado, sin aparente causa razonable y el citado ministerio ha dictaminado que los centros que el año anterior ya hubieran tenido un residente, este año no podrían ofertar plaza.

La Sociedad Española de Cirugía Pediátrica ha sido en este sentido y desde hace ya muchos años, sensible a la formación de especialistas de nuestra materia, conociendo la realidad, las posibilidades de nuestra distribución por el territorio estatal y la vida media de los profesionales, llegó a dos importantes conclusiones: 1) ser razonable en el número de especialistas que salían cada año (ha habido varios años que no salía ninguno) y 2) reducir los centros docentes de 19 a 8. Pero esta última decisión todavía no ha sido asumida por el ministerio.

¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD HOY EN DÍA?

Es difícil dar una opinión objetiva de este acuerdo puesto que se van sumando intereses de servicios, personales, etc. Pero quizás podamos citar qué está ocurriendo en la mayoría de los centros. Hay técnicas concretas que implican un esfuerzo continuado y un estrés importante (trasplantes, cirugía oncológica, etc.) donde cada día hay menos cirujanos pediátricos que quieran dedicarse a estos temas. Son áreas con pocas posibilidades de ser explotadas en la consulta privada y obligan a mucho esfuerzo personal en el hospital donde los

suelos son similares y las gratificaciones pocas. Por otro lado, los jefes de servicio no pueden hacer nada ante la negativa de un profesional que ya no quiere hacer un determinado trabajo. ¿Cómo se puede arreglar? Negociando con un cirujano de adulto que le guste. ¿En realidad le gusta o es la única forma que tiene este cirujano de adulto de ser útil y por tanto poder entrar en un centro público? Posiblemente hay de todo pero el hecho en sí es que ya hemos introducido un cirujano general como colaborador del servicio ante la excusa de que no hay cirujanos pediátricos preparados y el gerente de turno nos lo hará pagar (amortización).

¿Es esto verdad? Hace escasamente un año en nuestro centro se necesitaban 1 ó 2 especialistas y en Cataluña en aquel preciso momento no conocíamos de nadie en paro, pero de Madrid donde había, teóricamente, una bolsa de 15 ó más no podía venir ninguno ¿por qué? Pues porque todos hacían algún trabajo (alguno no era ni de medicina) y además con el sueldo que se podía ofrecer en Barcelona no les salía a cuenta desplazarse, alquilar piso y sobrevivir.

En consecuencia, por un lado hay un cansancio importante en muchos profesionales de plantilla y por otro la gente joven está entrando con cuentagotas con sueldos muy cercanos al salario mínimo y en promoción interna (selección a dedo y en definitiva temporal y dependiente).

Pero aún hay más, los jóvenes que aprueban el MIR en los últimos años no presentan las mismas actitudes que antes, salvo excepciones que se observan enseguida en los congresos. En general, han perdido la cultura de la tenacidad, el trabajo a destajo y sin preguntar y la han perdido porque esto ya no es actual. Esta cultura está pasada de moda. El residente MIR tiene obligación de recibir enseñanza y esto se ha logrado gracias a muchos años de trabajo de generaciones anteriores pero a la vez no se les ha inculcado un cierto espíritu de sacrificio que en cirugía no va mal, quizás su actitud sirva para fines distintos de los nuestros y se evolucione de otra forma, está por ver y hay que dejar tiempo para que puedan demostrarlo.

Quizá sea el producto resultante de todo lo anterior pero hoy en día y en muchos casos estamos formando mediocres cirujanos pediátricos y los resultados ya los estamos viendo

y nosotros lo sabemos. ¿Otros centros van a querer estos profesionales que sólo conocen las hernias y fimosis? ¿Siendo razonables, van a pasar una mínima oposición? O vamos a acabar eligiendo a cirujanos generales que por competencia dura que tiene no les importa morder la arena y «quedarse a trabajar con los niños». Quizás si hubiera otra vez competencia fuerte (abriendo la mano en la oferta de los residentes) nuestros MIR también serían competitivos. Quizás lo más razonable sería convencernos primero a nosotros mismos de una vez por todas y después al ministerio para que aceptaran 5 centros de acreditación renovable cada 5 años (lo que dura la residencia de nuestra especialidad) con un residente por año.

Esta es mi propuesta, promover cada año un residente de cirugía pediátrica para cada uno de los 5 centros acreditados en primer lugar. Cada 5 años una comisión compuesta por la sociedad profesional (Sociedad Española de Cirugía Pediátrica) y el ministerio renovarían o no, la acreditación de los centros. Ello estimulará a los centros acreditados a mejorar (logbook del residente) y a los que no lo están, a ser acreditados. Por otro lado, la propuesta de 5 residentes (uno por año) en los hospitales acreditados hará consolidar los programas de formación de estos que no se puedan estar cam-

biando cada año dependiendo de si hay o no residente para formar. Este esfuerzo que han de hacer los centros acreditados para la formación correcta de los nuevos residentes a su cargo y el que tienen que hacer los centros no acreditados para llevar a cabo su programa asistencial sin tener residente, tendrá como resultado último, mejorar la formación del residente de cirugía pediátrica y sobre todo mantener viva nuestra especialidad.

Nosotros, todos, la Sociedad de Cirugía Pediátrica debería ya mover ficha en serio. Hace años que se rumorea, se oscila, se balbucea pero seguimos igual observando atentamente incluso a veces con crítica, como se nos va acercando el alud; antes era allí ahora la bola ya está cerca, en realidad está aquí.

PS: *Esta editorial está escrita con sinceridad aunque el tema sea incómodo y no me importa provocar otras editoriales en respuesta a la misma. Al final, lo importante será tener una opinión cuanto más razonada mejor y la discusión abierta en nuestra revista podría enriquecernos a todos. El futuro de nuestra especialidad empieza a ser confuso y este futuro puede llegar a ser presente durante nuestra vida profesional según lo mal que lo tratemos, ya que aparenta no ser muy lejano.*