

ACTAS DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 1152468

Cuadragésimotercer Congreso Argentino de Cirugía

BUENOS AIRES, 1972

Presidente: Dr. DIEGO E. ZAVALETA

Publicado bajo la dirección del
Dr. HORACIO ACHÁVAL AYERZA
SECRETARIO GENERAL DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

EN LA SECRETARIA DE LA ASOCIACIÓN
SANTA FE 1171
BUENOS AIRES

ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA PARA GRADUADOS. RESIDENCIAS

POR EL DR. JOSÉ SPÁTOLA

INTRODUCCION.

BREVE RESEÑA HISTORICA.

CONCEPTO DE LA RESIDENCIA.

METODOLOGIA. Entrenamiento y Educación.

CUALIDADES PERSONALES DEL RESIDENTE.

REQUISITOS FUNDAMENTALES EN LA EDUCACION
QUIRURGICA DEL GRADUADO. Hospitales. Personal.
Plantel docente. Jefe del Servicio. Jefe de Resi-
dentes.

HOSPITALES PRIVADOS.

PLAN DE ENTRENAMIENTO. Experiencia de la VI
- Cátedra de Cirugía.

FUTURO DE LOS RESIDENTES.

CONCLUSIONES.

FUNCIONES DE LOS MEDICOS RESIDENTES EN LA
VI CATEDRA DE CIRUGIA.

"La chispa de luz del pensamiento generada en la mente solitaria, despierta un eco de afinidad en otra mente y en miles de otras mentes y todas juntas se encienden en un fuego combinado".

CARLYLE

INTRODUCCION

Cuando la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Cirugía me encomendó el relato sobre Enseñanza de la Cirugía en el Graduado, experimenté la alegría propia de aquel privilegio y súbitamente la perplejidad sobre la forma de encarar el tema. No tendría que rever historias clínicas, no habría que citar enfermos, para conocer los resultados lejanos de la operación, ni deducir porcentajes de sobrevivencia. Tendría que concretarme al porqué y cómo de la enseñanza de la cirugía a nivel del recién graduado. Habitualmente en los relatos se acostumbra a exponer la experiencia personal sobre determinada afección, ya sea en su diagnóstico y/o tratamiento, o de lo contrario se actualiza un tema, desarrollado en otros países y que se quiere promocionar en el nuestro. Al principio pensé concretarme solamente al análisis de nuestros graduados, citar la metodología empleada y exponer los resultados obtenidos. Pero a medida que se profundiza el tema aparecen nuevos aspectos que hacen a la residencia misma, a su presente y futuro. En ese caso: ¿Cuál era mi ubicación? ¿Tenía experiencia en la residencia o simplemente debía actualizar todo lo conocido hasta el momento?

En 1957, al ser designado el doctor Mario M. Brea⁹ Profesor Titular de la IV Cátedra de Clínica

Quirúrgica, con sede en el Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico del Hospital Durand, en su conferencia inaugural expuso un programa de residencia de 3 años de duración, contando para ello, en primer lugar, con su firme personalidad y claros propósitos, y en segundo término, con el grupo de colaboradores que él había formado, entre los cuales me contaba y me honraba en pertenecer. Hacia ellos, los médicos de planta volcamos nuestra mejor disposición y desde entonces, ya sea como instructor de residentes o como Secretario del Comité de Docencia e Investigación, toda mi labor hospitalaria se desarrolló junto a los residentes, justificando tal vez así esta designación, para exponer mi experiencia en un tema para todos conocido.

Desde ya desearía aclarar el alcance de los términos "graduado" y "posgrado" que convencionalmente vamos a adoptar para su mejor comprensión. Cuando decimos entrenamiento de graduados, estamos refiriéndonos a los *residentes*, es decir un curso de 3 ó 4 años con dedicación exclusiva en alguna de las ramas de la medicina que se realiza de acuerdo con un plan orgánico, establecido con antelación y que exige responsabilidad creciente por parte del educando que participa activamente en la tarea asistencial, como base de su aprendizaje.

El entrenamiento de posgrado, en cambio, consiste en cursos de menor duración ofrecidos por las escuelas médicas, hospitales y/o clínicas privadas que dan instrucción en un determinado campo de una especialidad³⁰.

Desco expresar en este momento mi agradecimiento al profesor doctor Andrés A. Santas, a quien debo parte de mi formación profesional. Educante universitario por excelencia, fue la antorcha que avivó la inquietud de la enseñanza en la VI Cátedra de Cirugía y que depositó toda su confianza en mí, hasta para reemplazarlo en los períodos en que era requerido por mayores obligaciones. Ese hombre, ejemplo de maestro por su didáctica, por sus conocimientos, por su gran capacidad directiva, su dialéctica y por su tenacidad para obtener los logros prefijados, creó

el ambiente propicio para que nuestra residencia alcanzara un nivel encomiable. No fue fácil, ni rápida la tarea, en ese afán de perfección hacia todo lo que significa progreso en la educación médica, logró imponer sus convicciones tras largos años de ardua labor, en ambientes hostiles que por cierto obstaculizaron el normal desarrollo de la misma.

Quiero asimismo agradecer a los doctores Pablo Curuchet, Julio Baldi y Carlos Muñoz, quienes como jefes de residentes aportaron con sus iniciativas y capacidad de trabajo, los elementos imprescindibles para el éxito de una residencia. Por último, mi reconocimiento al doctor Carlos Sala, colaborador infatigable de nuestro equipo de cirugía torácica y cardiovascular, quien durante largos años se desempeñara como instructor de residentes.

BREVE RESEÑA HISTORICA

Desde fines del siglo XIX y hasta la segunda década del XX, la influencia de la escuela alemana fue notoria para la mayoría de los centros educacionales estadounidenses. El mismo Flexner²⁸, autor del informe sobre el estado de la enseñanza médica en los Estados Unidos y Canadá en 1910, se inspiró en el modelo alemán para redactar las normas que debían seguir las escuelas de medicina para cumplir mejor con su cometido.

También Halsted, el gran maestro del Johns Hopkin Hospital, creador de la residencia médica, no escapó a esa influencia y por el contrario, su gravitación fue decisiva para los cambios que él impuso en su nuevo medio. Así en 1893, al fundarse la John Medical School, con salas de internación, salas de operaciones y laboratorios anexos, se rodeó de graduados jóvenes, con ansias de emulación y progreso, que realizaban el control de los enfermos durante las 24 horas del día. De esta forma, con la residencia se inició una nueva etapa en la educación médica, que originó una escuela proficua de profesionales de jerarquía, a punto tal que Nolan Carter, uno de sus discípulos, calculó que en 1952 actuaban en los distintos servicios del país 238 jefes de cirugía, que se habían formado en esa escuela quirúrgica. De ellos, 139 eran profesores titulares con dedicación exclusiva.

Los residentes dieron una tónica distinta al hospital, elevando su nivel docente y asistencial, pero a pesar de todo el sistema no logró difusión dentro del propio país hasta 40 años después, siendo por el contrario acervamente combatido por las distintas entidades médicas, que veían en estos jóvenes, no a

discípulos aventajados sino a competidores organizados.

Los cambios en la enseñanza del graduado significaron también una modificación en la infraestructura hospitalaria, debiendo el personal auxiliar y los laboratorios anexos desempeñarse en forma continuada, para respaldar la actividad médica.

Concomitantemente el gran desarrollo del país del norte posibilitó la formación de importantes centros asistenciales y de investigación, que no tardaron en colocarse a la vanguardia de la medicina mundial. La cirugía general y la cardiovascular en especial se desarrollaron vertiginosamente, apoyadas por departamentos de investigaciones que eran equipados con todos los requerimientos de una ciencia en plena evolución.

En ese clima de trabajo y prosperidad, de metas alcanzadas en el plano internacional, en lo que se refiere a las ciencias física y química, al alto grado de perfeccionamiento económico, industrial, cultural y sociológico, la residencia médica fue un exponente más de ese espíritu organizador y creativo de un pueblo en marcha.

Las características salientes de este proceso formativo desarrollado en los EE.UU. fueron las siguientes: un programa de 3 ó 4 años de duración con total dedicación, desempeñándose en las salas de internación, en las salas de operaciones, en terapia intensiva o en los ateneos presentando casos y tomando activa participación en las discusiones. Se prestó especial atención al estudio de la anatomía patológica y a las rotaciones por las distintas especialidades afines a la cirugía. Pero por sobre todas las cosas se

trató de inculcar el sentido de la *responsabilidad progresiva e independiente*.

Este análisis parcial, esquemático, sólo revela un aspecto del proceso educacional que requirió fundamentalmente la comprensión del sistema por todo el plantel médico y la existencia de una infraestructura hospitalaria adecuada a las necesidades. Ello trajo aparejado la mayor dedicación de los educantes a quienes se les autorizó a desarrollar toda su actividad dentro del mismo ámbito hospitalario.

Como se puede apreciar, una serie de hechos deben conjugarse para que el sistema educacional sea adecuado a la época, al lugar y al proceso socio-económico de cada país. Se explican entonces algunos fracasos, cuando se trata de implantar un sistema determinado sin que se den todas las circunstancias mencionadas o, por lo menos, algunas de ellas. La educación médica no puede ser un hecho aislado dentro de un país sino que depende en alguna medida, de las posibilidades que en el mismo se ofrecen a todas las actividades, profesionales o no.

Así como fue notoria la influencia sajona en la formación médica estadounidense, la escuela francesa representó el modelo sobre el cual se inspiró la generación anterior de médicos latinoamericanos hasta mediados del presente siglo. No es de extrañar entonces que en las últimas décadas nuestros maestros buscaran en los EE.UU. nuevas metas de perfeccionamiento y trataran de trasplantar sus métodos y procedimientos para una superior educación médica.

En la República Argentina, recién en 1945 en la Cátedra de Semiología que dirigía el profesor Tiburcio Padilla, se creó el cargo de residente menor (similar al residente de primer año) que fue aumentado a 2 al año siguiente y a 3 en el tercer año. Creo que ésta fue la primera manifestación de algo que sólo se concretaría 12 años después. No obstante, cabe señalar la creación de la primera residencia en cirugía, en 1951, promovida por el doctor Augusto Moreno en el Policlínico de Lanús, y que se extendió hasta 1955, con una organización similar a las actuales¹⁴.

En 1957 el sistema logró alguna difusión y se organizaron las siguientes residencias: en el Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas a cargo del profesor J. Garrahan, en la Primera Cátedra de Medicina a cargo del profesor E. S. Mazzei, en el Instituto Modelo de Clínica Médica a cargo del profesor J. Palacios, en la IV Cátedra de Semiología a cargo del profesor Munyst y en la IV Cátedra de Cirugía a cargo del profesor M. M. Brea. En esta última, donde iniciamos nuestra experiencia educacional, seis jóvenes recién egresados se enrolaron en aquel ensayo docente y comenzaron a balbucear las primeras pa-

labras del sistema que sólo al año siguiente comenzaría a tomar forma definida, en el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas. Estos primeros residentes cumplían 5 horas de trabajo, con guardias rotativas, tenían asignados sectores de sala, atendían consultorios externos e intervenían en las operaciones, como cirujanos o ayudantes, de acuerdo con sus posibilidades. No percibían remuneración alguna y su única retribución consistía en aumentar su caudal de conocimientos¹².

En realidad toda sistematización y organización se inicia con estas residencias, comenzando un proceso que luego no tuvo interrupciones, aunque debió sobrellevar períodos de estancamiento.

En 1959, por iniciativa de los doctores J. Firmat, C. Gianantonio, E. Holmberg, A. Mendizábal, J. Manrique y R. Di Paola, se constituyó la Sociedad Argentina de Educación Médica, sobre la base de la experiencia que sus integrantes habían recogido mientras completaban su formación profesional. Sus propósitos eran: asesorar, fomentar o evaluar las distintas residencias, sólo con una finalidad idealista, que hoy debemos destacar. Su actuación dio origen, el 30 de marzo de 1960, a la creación del Subcomité de Residencias Hospitalarias, dependiente del Comité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, cuyo primer presidente fue el doctor Mario M. Brea⁴⁻¹⁰⁻²⁰⁻⁷¹.

Recién en 1967, la Secretaría de Salud Pública de la Nación resolvió la creación de un organismo dependiente de esa Secretaría de Estado, el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), con el objeto de "promover el sistema de residencias médicas, dictar las normas internas necesarias para el logro de sus fines, aceptar o rechazar los pedidos de adhesión, coordinar la labor de las entidades adheridas y establecer los planes a los cuales los mismos deberán ajustarse en relación a sus fines".

Sin haber pretendido historiar la evolución de las residencias en nuestro país, era necesario ubicarnos en su desarrollo para evaluar lo adquirido y poder proyectar hacia el futuro. No he de extenderme en el relato histórico, que felizmente ha sido tratado por Firmat³³ en las V Jornadas de Residencias Médicas de la A.M.A. y por Brea¹⁴ en el IV Congreso de Educación Médica, pero sí creía necesario hacer resaltar los hechos ya citados, que constituyen los jalones de su evolución. Tampoco he de ocuparme de las vicisitudes que los jefes de servicio debieron afrontar para llevar adelante esta reforma educacional, que como todas las grandes empresas, partió de un grupo pequeño de hombres, a los que hoy rindo homenaje en nombre de todos aquellos que tuvieron la oportunidad de formarse con este nuevo enfoque educacional o contribuyeron a perfeccionar el sistema.

CONCEPTO DE LA RESIDENCIA

La residencia médica es un sistema educacional para graduados que tiene por objeto completar su formación profesional en breve lapso con miras a elevar el nivel asistencial en salvaguarda de la salud de la población¹¹⁻⁵². En lo concerniente a cirugía, dice Santas⁶⁵: "Un residente es un médico recién egresado que desea formarse cirujano. Aspira a adquirir en un lapso determinado la capacidad necesaria para desempeñarse como tal. Significa que su vocación lo induce y le exige el aprendizaje de todo lo referente al diagnóstico y tratamiento de los pacientes que pertenecen al ámbito quirúrgico, al estudio de los problemas fisiopatológicos, al desarrollo de sus aptitudes docentes y de investigación, a la comprensión de los problemas humanos y morales del enfermo y de quienes trabajan con él, cualquiera sea la je-

rarquía que desempeñen. Además, esto es básico y fundamental, desea que se le amplíe el panorama en lo que se refiere a las normas éticas y morales que debe exigir su conducta como cirujano y como hombre".

El CONAREME definió la residencia médica como "el sistema educativo del graduado reciente, que tiene por objeto completar la formación integral del médico, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas. El sistema de residencias médicas se hará en el marco de un plan prefijado, con un régimen de trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva, con remuneración adecuada, dentro de los plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal adecuadamente supervisada de los actos médicos de progresiva complejidad y responsabilidad"²¹.

METODOLOGIA

La metodología, o sea el plan⁷⁹ a desarrollar, exige una serie de procedimientos centrados en el enfermo con miras a lograr un objetivo: el *aprendizaje*. En la metodología sobresalen 2 aspectos fundamentales: entrenamiento y educación. Ambas funciones si bien distintas se complementan y son necesarias para su formación. Así como el entrenamiento es vocacional y se basa en la instrucción y la práctica quirúrgica, la educación es académica y se relaciona con las facultades intelectuales y críticas, debiendo el jefe del servicio o los encargados de la docencia, ocuparse no sólo del entrenamiento manual indispensable, sino también de inculcarles la necesidad de analizar y criticar aun los hechos más simples de su quehacer diario⁵⁻¹³⁻¹⁵⁻²³⁻³³⁻⁷³⁻⁵⁶⁻⁷⁷.

Se le debe crear el hábito de la concurrencia espontánea a las reuniones clínicas, sociedades científicas o congresos, participando activamente en los mismos. Siendo el método educacional, exige: a) educandos con ansias de asimilar conocimientos y desarrollar capacidad; b) educantes que conozcan a fondo el sistema, crean en ellos y estén dispuestos a brindar todo su apoyo, y c) un medio adecuado donde unos y otros tengan la posibilidad de actuar en la mejor forma (Santas⁷⁰).

En el entrenamiento se destacan hechos importantes: 1) se adquieren conocimientos, y 2) se acu-

mula experiencia práctica⁷. Es necesario insistir en que sin el aval de la lectura, del estudio previo, del discernimiento de casos a resolver, la práctica quirúrgica queda reducida a la repetición de actos que bien pueden ser realizados por aventajados artesanos.

La educación académica en cambio se cimenta en los laboratorios de investigación, donde la crítica y sagacidad del residente pueden alcanzar ribetes insospechables⁶³. Los mayores progresos de la cirugía, las esperadas nuevas técnicas, etcétera, se concretan generalmente alrededor de una mesa de laboratorio. Por lo tanto, debemos preparar cirujanos con mentalidad dispuesta a buscar nuevos caminos, nuevas soluciones, hacia los muchos problemas que permanentemente nos acechan⁵⁸⁻⁶⁰⁻⁶¹.

El residente es un individuo en formación, joven, receptivo a la enseñanza y al que puede imprimirse una personalidad definida y que ha de proyectarse en su futuro. En ese sentido, la investigación es una disciplina que puede jugar un importante papel contribuyendo a desarrollar su cultura científica, y por consiguiente, el nivel de su actuación profesional. Como dice Rehault⁶⁰, puede ayudar a desarrollar la inteligencia, la voluntad, la imaginación y adquirir cualidades morales que destaquen la personalidad del sujeto.

La investigación requiere un esfuerzo personal que se va a reflejar en su futura actuación, puesto que obliga a realizar ciertos actos como por ejemplo controlar sus animales operados, muchas veces darles de comer, verificar sus reacciones a distintas horas y aun los días feriados, todo lo cual contribuye a moldear al joven cirujano para tareas de mayor envergadura.

También la imaginación como facultad de crear e inventar se halla constantemente en actividad cuando el educando realiza cualquier experiencia, pero esta imaginación debe estar sometida al control de la inteligencia para sacar conclusiones valederas. Además es indudable que se desarrollan cualidades morales, donde la honestidad, que en la formación tiene vital importancia, le impida alterar los resultados que podrían favorecer a su imaginación⁵⁴.

En la investigación la crítica es constante a fin de hallar la verdad y por consiguiente el educando despierta su espíritu crítico al analizar sus experiencias, la metodología empleada y los resultados obtenidos. Por otra parte, el programarla requiere constantes consultas bibliográficas que lo hacen familiarizarse con el Index, confeccionar fichas bibliográficas y realizar consultas interdisciplinarias.

No es menos importante para el entrenamiento el hecho de que cualquier intervención quirúrgica puede ser llevada a cabo en animales y por lo tanto su práctica contribuye a adquirir destreza manual y delicadeza en la manipulación de los tejidos.

"El cómo de las intervenciones se aprende de preferencia en el laboratorio. El cuándo y el porqué son lecciones que sólo se aprenden a base de contacto prolongado con las salas de hospital" (Wangenstein⁷⁶).

Los argumentos expuestos no significan que todos los residentes vayan a ser investigadores, pero es conveniente ofrecerles, en algunos hospitales preparados para ello, la posibilidad de un período de entrenamiento en dichos laboratorios, tratando de despertar el espíritu de crítica, aprender la disciplina de las distintas etapas del proceso de investigación o saber plantearse hipótesis y procurar confirmarlas o descartarlas.

Sería utópico pretender hacer científicos por el solo hecho de diagramar una rotación por dichos laboratorios, pero estoy seguro que todos los cirujanos que en un momento dado y por distintas circunstancias, entre las que no figuraba su vocación, debieron realizar algún trabajo experimental, al término del mismo se sintieron momentáneamente realizados y dispuestos a repetir alguna experiencia en cuanto sus ocupaciones profesionales se lo permitieran.

Es indudable que en este aspecto, como en tantas otras modalidades de su formación, la influencia del

jefe del servicio es fundamental y su tendencia hacia lo educacional o hacia lo estrictamente asistencial, se verá reflejada en sus educandos.

Todo hospital universitario o asociado, con grandes metas docentes, debe tener un laboratorio de investigación, dependiente del departamento de docencia e investigación. No se nos escapan las dificultades económicas por las que atraviesan la mayoría de nuestros hospitales, con necesidades más urgentes que las expuestas, pero es necesario fijar metas y tenerlas presente para cuando las condiciones lo permitan.

Con esto no se pretende hacer un gran número de científicos, 1) porque está probado que sólo 1 ó 2 de cada 20 o más y por propia iniciativa volverán sus pasos hacia la investigación, y 2) porque el país no se halla en condiciones de formarlos y menos aún de brindarles posibilidades que colmen sus aspiraciones. Pero sí, es conveniente mostrar el camino a la mayor cantidad posible de educandos con el propósito de mejorar su formación y pretender que en el futuro, y como agentes de cambio, propicien dicha actividad a sus futuros educandos.

Para cumplir con este programa educacional debe tenerse muy en cuenta que el residente debe hallarse permanentemente *motivado*, dado que no es posible el aprendizaje sin esa condición; de lo contrario se repiten actos y actitudes médicas sin la mayor elaboración y con escaso margen de captación.

El educando requiere tanto la motivación primaria como la secundaria, entendiendo por motivación primaria aquélla donde el trabajo que realiza por sí mismo representa el único incentivo de su actividad. Un ejemplo típico de esta motivación es la realización del acto quirúrgico, mientras que la secundaria está representada por aquellas actividades que deben llevarse a cabo para obtener la recompensa deseada, como por ejemplo: confeccionar historias clínicas, concurrir a los ateneos, etcétera. Más adelante la motivación secundaria será la de ejercer su profesión en el mejor nivel posible y procurando la mayor satisfacción de sus expectativas.

Otro factor a tener en cuenta es la intensidad de la motivación, la cual se incrementa con la vivencia de los éxitos y se debilita con los fracasos; de ahí que los responsables de la conducción educacional deban ser sumamente cautos en la selección de pacientes que pueden ser operados por residentes⁷⁹. El educando muy bien asesorado debe ir tomando confianza en sus actos y sólo puede responsabilizarse en forma gradual a medida que se va ejercitando en la atención de los enfermos⁵⁵. En ese aspecto, la residencia en cirugía tiene una modalidad especial que la diferencia de las otras especialidades por la necesidad del acto quirúrgico⁵⁷.

CUALIDADES PERSONALES DEL RESIDENTE

Honestidad, laboriosidad, manualidad, comprensión humana y un nivel normal de inteligencia son las cualidades esenciales que deben exigirse a un residente y que pueden predecir el éxito de su gestión.

Hace 600 años, el cirujano francés Guy de Chauliac redactó las principales cualidades que los cirujanos deberían reunir:

“Dejad al cirujano que se instruya bien, que sea diestro, diligente y cortés.

Dejadle ser audaz en aquellas cosas que son seguras y cauteloso en las peligrosas, evitando todos los métodos y sistemas nocivos.

Dejadle ser afectuoso con el enfermo, honrado con sus colegas, sabio en sus predicciones”.

A muchos años de esas palabras, deseáramos que nuestros entrenados reuniesen esas mismas condiciones y, aunque no ignoramos lo difícil que puede resultar llegar a tener un grupo humano con semejantes características, es indispensable exigir del residente algunas cualidades que hacen a la residencia misma, para que su andar resulte simple, fácil y útil. El ser honesto implica serlo, en primer lugar, consigo mismo, conocer sus limitaciones, no tener inhibiciones para pedir consejos, no proporcionar falsa información, ni forzar indicaciones quirúrgicas por el solo hecho de realizar una operación más. En cuanto a la capacidad de trabajo, es ésta una de las cualidades salientes del cirujano y que por cierto se pone rápidamente de manifiesto en los primeros pasos del entrenamiento. Si las operaciones no comienzan a horario, porque el residente empezó tarde a canular al paciente, si las historias clínicas no están confeccionadas con esmero, si las indicaciones no se controlan, si deriva a enfermería todas las curaciones que requieren su presencia, el andamiaje asistencial del servicio se resiente, y ello, en pro del enfermo, no puede ser admitido. Respecto a la capacidad intelectual, debe recalarse que la residencia siendo un sistema educacional por excelencia, al igual que toda institución, debe ser referida al hombre de dotes normales. Por consiguiente, es indispensable que el aspirante tenga un nivel intelectual aceptable, que le permita captar con facilidad los problemas clínico-quirúrgicos que a diario tendrá que afrontar y pueda seguir correctamente el plan de adiestramiento.

La comprensión humana va implícita en el significado de la profesión y cualquier falencia en este sentido llevará al fracaso del mejor entrenado. No sólo en su relación con el paciente ha de observar una actitud de comprensión, sino también con sus

educantes, es decir, con los médicos de plantas que han de brindarle su asesoramiento permanente. Este ha sido uno de los puntos álgidos de la residencia y motivo de controversia y discusiones, que en un momento dado hicieron peligrar su existencia.

La manualidad es otro de los atributos que uno espera encontrar entre sus residentes, dado que la cirugía exige cierta habilidad en el manejo de las manos y en el uso de los instrumentos, que el entrenamiento puede mejorar, pero no crear.

En general, estas cualidades no requieren mayores explicaciones, pero dese por sentado que entre un residente inteligente y abúlico, o con escasa tendencia al trabajo, y otro de menor capacidad intelectual pero con gran iniciativa, laboriosidad y honestidad, seguramente habría de elegir a este último para integrar un grupo de trabajo.

En un panel efectuado por el Colegio Internacional de Cirujanos en 1967⁷⁴ representantes de varios países destacaron las cualidades principales que debían tener los aspirantes a las residencias quirúrgicas. Así, el representante de la India, Asoke, refería que “no habiendo diferencia entre el tecnicismo de la cirugía y los métodos de trabajo de un carpintero, el aprendizaje en ambos debía seguir una rutina similar, con actos repetitivos a fin de conseguir experiencia y manualidad”, por lo tanto, la paciencia para repetir operaciones comunes y la perseverancia, eran cualidades muy estimables para sus elegidos. Asimismo recaló la importancia de confiar en la veracidad de los datos suministrados por sus entrenados. Tampoco estaba de acuerdo en admitir a los de la “personalidad sobreentusiasta”, dado que siempre tenían tendencia a exagerar los hechos y por lo tanto se podía caer en un exceso de medicación o de indicación terapéutica. Al tipo estudioso y mudo, mudo en el sentido figurado de la palabra, lo consideró igualmente inadecuado, porque generalmente se inhiben en los quirófanos, por sus conocimientos teóricos de las probables complicaciones o peligros de tal o cual paso. Todos hemos tenido oportunidad de trabajar con ayudantes que constantemente presagiaban algún accidente en los pasos fundamentales de la operación y realmente no resultaron de gran ayuda, poniendo cierto clima de tensión en todo el equipo quirúrgico. Completaba el representante de la India estas características, agregando una serie de condiciones como: “buen físico (buena presencia), personalidad agradable, sobriedad suficiente, buena posición educacional, sentido ade-

cuado de la disciplina, puntualidad, capacidad para ejecutar órdenes y sobre todo, buena cantidad de sentido común y absoluta sinceridad". Además debía tener una clase de "hobby" para lograr relajar la tensión provocada por su trabajo. Buscamos una persona intelectualmente capaz, de buena salud, bien ajustado, de buen carácter, excelente moral, con experiencia médica, que tenga impulso e instinto de creatividad, en cualquiera de las esferas quirúrgicas.

George Zuidema, del Johns Hopkin Hospital, director del departamento de cirugía, se refirió al ensayo de Halsted³⁷ titulado "El entrenamiento del cirujano", en el que recomendaba 3 puntos importantes: 1) El entrenamiento debe ser considerado como una experiencia educacional. Halsted veía a los residentes como estudiantes graduados y por lo tanto exigía intensidad en el adiestramiento. 2) La excelencia en la habilidad clínica es esencial, requiriendo varios años de experiencia en el manejo de pacientes quirúrgicos y en el quirófano. El entrenamiento era caracterizado por una responsabilidad creciente para todos los aspectos del cuidado de los enfermos quirúrgicos. 3) La investigación debe ser realizada en áreas relacionadas con los problemas de los pacientes quirúrgicos.

Estos principios enunciados por Halsted hace 50 años continúan formando la base del entrenamiento actual en el Johns Hopkin, cuyo objetivo principal es la formación del cirujano académico. La selección comienza con una entrevista personal y los antecedentes de su actuación en el pregrado, dando importancia a las cartas de presentación. Les interesa el candidato que tiene inclinación por la investigación clínica o de laboratorio, y para ello tienen en cuenta en qué forma el alumno ha gastado su tiempo electivo en el pregrado. Se tiene en cuenta la capacidad de dirigir y la habilidad para llevarse bien con sus semejantes. "Es importante que los entrenados tengan iniciativa, originalidad y posición intelectual que les permita hacer preguntas pertinentes y buscar nueva información que pueda ser incorporada al cuidado del paciente. Asimismo se debe valorar el interés que el residente pueda tener por la enseñanza, puesto que en un hospital universitario todos los médicos del plantel funcionan como maestros en todos los niveles y los residentes lo hacen con sus compañeros de menor graduación y con los estudiantes en pregrado".

Para George Humphreys del Presbyterian Hospital, en un hospital universitario los antecedentes académicos son básicos, pero no siempre ellos se relacionan con las realizaciones posteriores, especialmente porque el cirujano requiere habilidad técnica y características humanas indispensables para su mejor desempeño. Buscamos entre las actividades extra-

curriculares aquellas que se relacionan con los deportes, "hobbies" mecánicos, artísticos o musicales, indicio de manualidad o destreza necesaria para el cirujano. Esto puede evaluarse también durante el internado. En ese año, su habilidad para trabajar con otros, su benevolencia y sensibilidad en el cuidado del enfermo y su motivación en dar servicio, salen a relucir.

Como es dable apreciar, los que se han ocupado del tema dentro y fuera del país coinciden en exigir del candidato una serie de cualidades que va de lo intelectual a lo físico y que por consiguiente requiere el conocimiento personal del aspirante a fin de evaluar algunas de esas características. Por distintas razones en nuestro país la entrevista personal ha ido perdiendo valor en el puntaje asignado por el CONAREME, quedando la selección supeditada casi exclusivamente a los antecedentes y a la prueba escrita de elección múltiple. Si existe unanimidad de criterio respecto a la importancia de tener en cuenta no sólo las calificaciones de pregrado, sino también apreciar su aspecto físico, conocer sus inclinaciones culturales, sociales, políticas, sus "hobbies", su capacidad conductiva, sus aspiraciones en la investigación o en la docencia, sentido de la honestidad, comportamiento con sus compañeros, etcétera, yo me pregunto: ¿Cómo es posible hacer pesar estas cualidades en un concurso, si a la entrevista personal sólo se le adjudica un porcentaje mínimo, precisamente para evitar que sea decisiva en algunos casos, o es que todas estas características no tienen mayor valor en nuestro medio? También hemos visto como en otras partes se asigna gran importancia a las cartas de presentación. Entre nosotros la misma aparece como un acto ilegal que tiende a favorecer al menos capaz. ¿Hasta cuándo hemos de seguir con esa desconfianza o falsa medida de la cosa? La carta de presentación debe ser un aval más que sirva para conocer mejor ciertos aspectos del candidato que pueden no surgir de una entrevista personal. En nuestro medio, Grandi³⁶ se ha ocupado de la importancia de la entrevista personal en la valoración de los candidatos a integrar residencias médicas y le asigna a la misma el 20 % del puntaje total. Personalmente concordamos con él en todos sus aspectos y creemos que esta "minusvalía" de la entrevista actual será sólo una medida transitoria, como tantas otras que nos aquejan, pero que lógicamente deberá volver a su valor normal. Es imperativo que el jefe del servicio tenga mayor influencia en la selección de los candidatos merced a la entrevista personal. En ella como dice Manrique⁴⁶ "deberán primar sobre cualquier otra consideración, la imparcialidad, la falta de prejuicios y la objetividad; de otra manera se ocasionan injustificables frustraciones y se siembra con dudas fundadas la legitimidad de una selección". Considero que todo jefe

de servicio aspira a que el suyo sobresalga y sea modelo en todos sus aspectos, especialmente en su función específica, cual es la asistencia médica, y teniendo en cuenta que la metodología del aprendizaje se basa fundamentalmente en el cumplimiento de las tareas asistenciales, es evidente que sólo la selección imparcial de los mejores podrá conducirlos al éxito de su gestión.

ACTITUD EDUCACIONAL DEL RESIDENTE

La actuación del residente en el sistema resulta de singular importancia, no sólo desde el punto de vista asistencial sino también educacional. Los internos y los alumnos tienen en el residente al instructor natural al que pueden formular preguntas, sin ambages, el que se halla más próximo por edad y por las tareas que se realizan, pero al mismo tiempo, la imagen de lo que ellos aspiran llegar a ser. Por lo tanto un elemento que no tenga hacia los alumnos la actitud adecuada deteriora la imagen y efectividad del servicio en todos sus aspectos.

Saunders⁶⁸ destaca la influencia que deben tener los residentes sobre los internos del hospital. Según su experiencia, en las encuestas o entrevistas realizadas a los internos, éstos respondían: "Bueno, todo depende del residente". La misma experiencia de Saunders la hemos vivido en la VI Cátedra de Cirugía, a nivel de pregrado, donde desde el año 1963

venimos realizando encuestas finales a los mismos, respecto a sus instructores y a las actividades generales del servicio. Hemos de aclarar que nuestros alumnos se adscriben a un sector de sala y realizan tareas asistenciales junto a los residentes o médicos de planta. De esa forma la relación con los graduados es muy directa y por lo tanto las actitudes de los residentes hacia ellos juegan un papel importantísimo en el aprendizaje³⁻⁷⁰⁻⁷², como se pone de manifiesto precisamente en las encuestas.

En la concepción moderna de la enseñanza, el alumno entra a formar parte de un engranaje: docente-residente-estudiante, y por lo tanto el entrenamiento engloba a los tres sectores que se hacen interdependientes; por supuesto que conservando los distintos niveles de actuación sobre la base de la responsabilidad que se va adquiriendo. Es así como el residente, mucho más próximo al alumno, se transforma en el instructor natural y constante del mismo. En ese engranaje, el alumno no entorpece la labor asistencial y por el contrario sirve de gran ayuda, sobre todo en nuestro medio, donde las tareas médicas no se hallan debidamente respaldadas por la cantidad necesaria de auxiliares técnicos. Así es como algunos quehaceres menores pueden ser confiados a los estudiantes, para beneficio mutuo: 1) porque el alumno se siente útil y altamente motivado, y 2) porque el residente encuentra alivio a sus tareas a cambio de una actividad docente hacia el educando.

REQUISITOS FUNDAMENTALES EN LA EDUCACION QUIRURGICA DEL GRADUADO

Si bien los hospitales deben organizarse con el objeto de preservar la salud, el programa de educación médica para graduados exige algunos requisitos que redundan en beneficio de la tarea asistencial, de modo tal que siendo un complemento de la función específica, el sistema incide favorablemente sobre el cuidado de los enfermos. En primer lugar, se ha de tener en cuenta, más que la capacidad total de camas, el movimiento de enfermos en los consultorios externos y en las salas de internación. Ello permite formarse una idea de las posibilidades quirúrgicas que asisten a los educandos. En segundo lugar, se ha de considerar la variedad de servicios con los cuales se pueden llevar a cabo las interconsultas necesarias para el mejor cuidado de los enfermos; por consiguiente se aconseja que el sistema funcione en un hospital polivalente. En tercer lugar el hospital debe ofrecer un equipamiento tal que permita al residente contar con los métodos auxiliares de diagnóstico indis-

pensables y que los mismos se encuentren a su alcance a fin de conocer los fundamentos de la técnica, aunque no sean ejecutores directos de los procedimientos.

Para programar una residencia quirúrgica, deben considerarse 2 puntos fundamentales: 1) Características del hospital o servicio que aspira a formar residentes, y 2) personal existente. Sintéticamente desarrollaremos a continuación los requisitos exigidos por el CONAREME²¹ para la aprobación de una residencia en cirugía.

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL

Todo hospital o servicio que reúna ciertas condiciones puede solicitar una residencia en cirugía, independiente de su característica edilicia o de su naturaleza pública o privada.

1) Debe ser un hospital polivalente o por lo menos con las cuatro grandes especialidades: medicina, cirugía, tocoginecología y pediatría; de lo contrario, deberá contar con hospitales asociados que puedan complementarlo debidamente.

2) La planta física, si bien no es indispensable que sea moderna, debe tener las comodidades necesarias para albergar a los educandos, o por lo menos a los que realizan las guardias, debiendo tener salas de internación, quirófanos, rayos X, laboratorio de análisis clínicos, servicios de anatomía patológica, de hemoterapia y dependencias para el personal administrativo y de enfermería, así como biblioteca, archivo de historias clínicas, estadísticas y servicio social.

3) El equipamiento de la sala de rayos X y del laboratorio será lo más completo posible y sus exámenes al alcance de los educandos durante las 24 horas del día.

4) La organización de los distintos servicios complementarios hará que los exámenes radiológicos simples se obtengan dentro de las 24 horas, al igual que los análisis básicos de laboratorio. En lo que respecta a biopsias y exámenes citológicos, sus resultados deberán ser conocidos o entregados dentro de los 4 días del pedido. El índice mínimo de autopsias que se admite para un servicio con residentes es del 30 % de los fallecidos.

5) Es conveniente destinar un local separado de las salas comunes para los enfermos que requieren recuperación y terapia intensiva.

6) Todos los servicios funcionarán a tiempo completo de 8 a 17 horas, tomando los recaudos necesarios para que un personal de guardia pueda resolver las urgencias fuera del horario citado.

7) Los servicios de cirugía tendrán una capacidad mínima de camas, de ambos sexos, con patología variada. El número de egresos mínimo será de 800 por año y la estadía promedio no excederá de los 15 días. El 15 % de las camas será destinado a terapia intensiva³².

8) Los consultorios externos serán atendidos por el personal jerarquizado, habiéndose calculado el mínimo de 30 pacientes de primera vez, por cama y por año, y 120 visitas subsiguientes.

9) Las salas de operaciones funcionarán como mínimo 3 veces por semana, además de contemplar las urgencias a cualquier hora, debiendo ser atendidas por 1 enfermera y 1 instrumentadora.

10) El servicio de anestesia prestará su colaboración a razón de 1 anestesta por cada 2 ó 3 quiró-

fanos, organizando las guardias para los casos de emergencia.

11) El promedio de operaciones exigido se ha calculado en 15 por cama y por año: 3 de cirugía mayor, 7 de cirugía mediana y 5 de cirugía menor. Serán realizadas por los residentes el 25 % de las mayores, el 45 % de las medianas y el 80 % de las menores. Cada educando debe realizar como mínimo 50 operaciones por año. En todas serán ayudados por los médicos de planta o residentes de mayor experiencia.

12) El número de residentes deberá calcularse a razón de 1 cada 5 camas.

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL

13) Es fundamental la comprensión del sistema por los médicos de planta y condición "sine qua non" para el jefe del servicio. Si bien éste es responsable del sistema, puede delegar su manejo en el jefe de clínica o algún docente universitario. Los médicos de planta son los instructores naturales y su número será proporcional al volumen de trabajo de cada servicio. En general, se considera apropiado el índice de 1 cada 3 ó 4 camas, para la correcta labor asistencial y educacional. Los profesionales serán secundados por enfermeras y auxiliares técnicos considerando adecuada la proporción de 1 enfermera cada 6 camas.

14) Se recomienda que el personal administrativo sea competente en sus funciones específicas de atención en mesa de entrada, archivo, biblioteca, o estadística, siendo aconsejable la colaboración de un servicio social.

El Colegio Americano de Cirujanos de los Estados Unidos elaboró en 1937 lo que actualmente se conoce por los "Requerimientos fundamentales para la educación de graduados en cirugía", haciendo referencia, en términos precisos, a los requisitos generales para la instalación de una residencia hospitalaria. Estos requisitos han sido publicados desde 1930 y anualmente se efectúan las revisiones. A partir de 1950 un Comité compuesto por representantes de la "American Medical Association", del "American Board of Surgery" y del "American College of Surgeons" (Conference Committee on Graduate Training in Surgery) estableció las necesidades mínimas para aprobar las residencias en cirugía general.

En nuestro país, en 1968, el CONAREME publicó el boletín con los requisitos generales que han sido citados y si bien en muchos puntos éstos son similares a los exigidos por el comité norteamericano, en la práctica sólo pueden cumplirse parcialmente, por distintas circunstancias.

COMENTARIOS QUE SURGEN DEL ANÁLISIS DE LOS
REQUISITOS SEÑALADOS POR EL CONAREME

1) Algunos hospitales no se hallan preparados para albergar a sus educandos, existiendo dificultades hasta para aquellos que permanecen de guardia.

2) El presupuesto impide una mejor organización o un equipamiento adecuado, con modernos elementos para diagnóstico y tratamiento.

3) El hospital, considerado como una fábrica de salud, no cumple con su función actuando sólo a ciertas horas de la mañana; a) el enfermo requiere atención médica durante las 24 horas del día, y b) resulta una mala inversión que los equipos sean utilizados en forma parcial. El mismo comentario se hace extensivo al servicio de anestesia y a todo el personal indispensable para su funcionamiento integral.

4) No se puede cumplir con el requisito de 1 enfermera cada 6 camas, ocurriendo lo mismo con el personal de maestranza y el auxiliar técnico.

5) A veces resulta difícil mantener actualizada una biblioteca, un archivo de historias clínicas, o presentar las comodidades para la permanencia de los médicos de planta con horario prolongado. Claro que también se expresa, entre otras cosas, que los residentes recibirán un salario digno.

6) Se halla bien reglamentada la capacidad mínima de los servicios que solicitan una residencia, así como el número de egresos y el promedio de estadía de los pacientes internados. Este promedio indica celeridad en el tratamiento y presupone un excelente consultorio externo que permita internar al paciente completamente estudiado. A propósito de estos índices, es notorio que en los últimos años los servicios han conseguido disminuir los días de internación, porque se ha establecido un cierto control administrativo por parte del jefe del servicio o de la dirección del hospital. En cambio el pasaje, a veces peregrinaje, por los consultorios externos, se ha prolongado considerablemente debido en gran parte a la exigencia de que la internación vaya precedida de un estudio completo, propósito muy loable pero que tropieza con los servicios centrales, los cuales todavía sólo alcanzan a veces a satisfacer las prioridades de los pacientes internados, quedando demorados los que no lo están. En síntesis, no se han conseguido acelerar los exámenes complementarios y por lo tanto la mejoría experimentada en el sector internación se ve anulada por la demora en el estudio previo. Esto último es tan evidente que algunos hospitales con servicios centrales de jerarquía (rayos X, laboratorios de análisis clínicos) tratan de volver a agrupar dentro

de cada servicio a estos elementos auxiliares de diagnóstico en contra de todos los principios de la organización hospitalaria moderna.

7) Otro de los requisitos establecidos por el CONAREME, la obtención de un promedio mínimo de necropsias (30%), resultó sumamente difícil, aun para los hospitales comunales de atención médica gratuita. No estaba preparado el público ni los mismos médicos, quienes sólo después de años de insistencia y de reuniones anatomoclínicas pudieron apreciar su utilidad, al permitirles relacionar los hallazgos necróticos con las manifestaciones clínicas de las distintas alteraciones histopatológicas. Sería largo enumerar las ventajas que su práctica representa; sólo cabe citar que en algunos países uno de los parámetros de la categoría de la educación médica está representado por el porcentaje de autopsias realizadas. En este punto, también la decisión y convicción del jefe del servicio son fundamentales, como pudimos objetivarlo en la VI Cátedra de Cirugía, al lograr un índice del 95 %⁶⁶.

8) En la mayoría de nuestros hospitales el servicio de emergencia actúa con el plantel necesario para realizar intervenciones quirúrgicas en todo momento. Se trata de servicios independientes, sin conexión alguna con los de cirugía, y yo diría más bien antagónicos en lo que a procedimientos y métodos de trabajo se refiere. Tienen sus médicos y jefes respectivos, a los que se debe solicitar el permiso correspondiente para que los educandos puedan concurrir y a veces se les permita operar. En un hospital moderno las guardias deben estar integradas por todos los servicios. Sólo de esta forma los residentes tendrán real acceso al cuidado intensivo de los pacientes que presentan un cuadro agudo, y sólo así su actuación continuada reportará un real beneficio a esos enfermos. Mientras ello no ocurra, las recomendaciones del CONAREME en ese sentido no serán más que una expresión de deseos.

9) Otro de los problemas que plantea la educación médica del graduado es la escasa cantidad de médicos de planta que se desempeñan con horario prolongado. Tratando de dar solución a este problema, si bien no se puede generalizar, debemos convenir que algunos hospitales están en condiciones de ofrecer a sus profesionales la posibilidad de atender la clientela no hospitalaria, en los consultorios externos, durante las horas de la tarde. De esta forma, sin provocar una mayor erogación, se cuenta con la presencia de médicos de planta que prolongan su estadía en el servicio, lo que redundará en beneficio de los pacientes internados y del propio sistema educacional. En una segunda etapa, con una infraestructura adecuada se podría autorizar a los mismos a

efectuar operaciones en sus enfermos privados, lo cual representaría una fuente de ingreso más a las exhaustas finanzas hospitalarias. Por otro lado, no menos importante resultaría el apoyo a la función docente, puesto que el residente tendría la oportunidad de ayudar a sus instructores, sobre todo al jefe del servicio, en operaciones que regularmente se reservan para el entrenamiento de los educandos.

La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires desde hace varios años ha iniciado la incorporación al régimen, con mayor dedicación, de un considerable número de profesionales, con miras a producir en el futuro una prestación de servicios en horas de la tarde. Si bien la falta de infraestructura no ha permitido que su labor asistencial fuera de mayor eficacia hasta el momento, es bueno reconocer que su presencia ha sido un factor importante en la faz educacional del graduado. En cambio, los hospitales universitarios, con mayores pretensiones docente-asistenciales, no han podido ofrecer a su plantel las mismas posibilidades por razón presupuestaria.

Dedicación horaria del residente

La reglamentación no deja lugar a dudas respecto a la dedicación exclusiva del educando y creo que no puede concebirse el sistema de otra manera: dejaría de ser lo que es, y este relato estaría refiriéndose a una sistemática distinta, con parámetros diferentes a los señalados oportunamente. Existen antecedentes respecto a la dedicación parcial de los graduados. Así, en el Reglamento General de la Residencia Hospitalaria Universitaria de La Plata, del año 1970⁵⁹, se hace referencia a la dedicación a tiempo completo, no exclusivo, de sus educandos; lo mismo ocurre con la Residencia Universitaria Uruguaya. En la Asamblea del Claustro, realizada en abril de 1967², se resolvió que "si bien el entrenamiento obliga a una dedicación exclusiva", en una disposición transitoria resuelve que: "Dada la realidad económico-social-asistencial existente en el país se ha admitido que en el tercer año el residente puede comenzar a realizar tareas fuera de su centro de entrenamiento, para evitar un desequilibrio económico muy grande en el momento de terminar su residencia". En nuestro medio, a pesar de la reglamentación vigente, es público y notorio que la misma se cumple sólo a medias en algunos centros, y no siempre la razón es educacional o económica. No es educacional porque el residente interviene como ayudante sin conocer previamente el caso, ni tiene oportunidad de seguir el posoperatorio; tampoco es valedera la razón económica, porque generalmente se elige a los residentes mejores y no

a los más necesitados. En el supuesto caso que fuera de real beneficio para el educando, éstos deberían rotar en la ayudantía a fin de recibir por igual las mismas posibilidades.

A pesar de las dificultades señaladas, el sistema sigue siendo el mejor, en nuestro medio, para la formación de un número considerable de cirujanos, en un corto plazo. Las bondades del mismo han sobrepasado los límites educacionales y su influencia ha determinado un vuelco sustancial en la asistencia médica. Puede afirmarse sin lugar a dudas que la medicina hospitalaria, a partir de las Residencias Médicas, ha entrado en una vertiginosa evolución, como subproducto de la faz educacional. Por ello, si bien hemos sido algo severos en la crítica hacia la infraestructura que rodea al sistema, sólo tenemos palabras de estímulo y encomio para aquellos que en una u otra forma siguen aportando su esfuerzo a este verdadero proceso institucional²⁴.

JEFE DEL SERVICIO

Plantel docente

La calidad del plantel docente constituye uno de los requisitos fundamentales para aprobar una residencia. Cualquier déficit, ya sea en la planta física del hospital o en los aparatos de exámenes complementarios, puede ser mejorado, subsanado, etcétera, pero lo que no puede suplirse es la carencia de instructores naturales, calificados, que tengan vocación por la enseñanza y espíritu de sacrificio. Este último se pone de manifiesto cuando el médico de planta que ha examinado a un paciente e indicado el tratamiento, tiene que relegar su propia motivación quirúrgica y con la mejor disposición ayudar al residente en el acto operatorio. Tal actitud, que parece rutina en muchos servicios, sólo se obtiene luego de varios años de adoctrinamiento a través del ejemplo por parte del jefe del servicio. Por lo tanto resulta imprescindible que éste se halle compenetrado de las características del método, de esa política, y tenga la suficiente personalidad como para imponer sus convicciones. Esto no siempre resulta fácil y por el contrario la aplicabilidad del sistema se ha visto comprometida en algún momento de su evolución en casi todos los países donde ha sido llevado a la práctica.

Uno diría que los residentes, al cabo de algunos años, adoptan algunas características salientes del jefe o de quien hubiera delegado su función de encargado de la residencia. Pero este sello particular sólo se logra con la convivencia junto a sus educandos y con el ejemplo permanente de sus actos. Por otra parte, su presencia hará efectivo el cumplimiento del ho-

rario, ya sea en la iniciación de las operaciones, en el comienzo de los ateneos, o de las reuniones vespertinas, no haciendo que éste tenga un significado meramente administrativo, sino que contribuya a forjar una disciplina dentro del entrenamiento mismo, tendiente a desarrollar el carácter ejecutivo que debe caracterizar al cirujano en el desempeño de su actividad. En lo educacional, es importante que el jefe del servicio participe de las reuniones vespertinas, las que si bien son realizadas por los graduados y dirigidas por el jefe de residentes, adquieren mayor valor con su presencia, para dirimir controversias que pudieran quedar sin dilucidar. Lo mismo puede decirse de los jefes de equipo respectivos.

La responsabilidad del jefe del servicio comienza al programar el desarrollo de su plan educacional. Desde entonces el adoctrinamiento al plantel médico es permanente y conviene que él mismo participe en la programación de la metodología a seguir ²⁶⁻³⁸⁻⁶⁹⁻⁷⁹⁻⁸¹.

Desde el momento en que el residente ingresa al servicio, comienza su otra preocupación, la de proporcionar capacitación al educando y es allí donde el jefe debe imponer sus convicciones, haciendo que el plantel docente colabore eficazmente en su papel de instructor, sobre todo en las intervenciones quirúrgicas. Por último, el aspecto humano de la comunicación con ambos grupos (residentes y médicos de planta) es tan importante que de no lograrlo llegaría a dirigir un servicio dividido, de opiniones encontradas y con una sensación de tirantez que flota en todos los ambientes y que termina por desmerecer los resultados finales y su propia actuación. En alguna circunstancia esa comunicación hará que el residente exprese dudas respecto a su futuro inmediato o en el entrenamiento demuestre falta de interés por lo que está realizando. El conocimiento profundo de la personalidad y sus motivaciones, así como de su capacidad quirúrgica, pondrá en descubierto a veces lo erróneo de la elección por parte del educando. Otras veces se pondrán de manifiesto falencias en algunas cualidades imprescindibles para su contenido, tales como falta de manualidad o de decisión en los momentos críticos de una operación, lo cual puede inducir al jefe a aconsejar el pase a otra especialidad. Así procedimos con 3 educandos que posteriormente completaron con éxito su formación en otras áreas.

De ningún modo los residentes deben ser enviados a un servicio determinado sin que el jefe del mismo lo hubiera solicitado y expuesto las razones de su pedido, demostrando fehacientemente conocer a fondo el sistema, sus ventajas, sus inconvenientes,

y por sobre todas las cosas, tener la convicción de la necesidad del cambio como medio para lograr objetivos predeterminados. La retribución que eventualmente recibe el jefe del servicio se manifiesta por una mejor asistencia médica, por una satisfacción decente y por "un aire vivificante, grato", como dice Zavaleta ⁸¹, "muy conveniente para quienes estamos a cierta altura de la vida y que en alguna medida necesitamos de esa influencia de la juventud".

Wangensteen ⁷⁶ escribió: "De la misma manera que la vida de un padre continúa en un hijo, la vida de un maestro prosigue en sus alumnos. Como un padre se esfuerza por tener un hijo cuyos éxitos opaquen los propios, también el maestro alcanza una satisfacción muy grande con los de su hijo de estudio, de cuyo entrenamiento fue responsable en parte".

Jefe de residentes

Dentro de los importantes problemas que debe resolver el jefe del servicio se halla la designación del jefe de residentes. Esta tiene tanta importancia para el sistema, que de acuerdo con esta elección, se puede predecir su éxito o su fracaso.

Las cualidades exigidas para la selección de los educandos cobran aquí mayor rigurosidad, dado que en muchos pasajes del entrenamiento deberá asumir una responsabilidad que no puede ser delegada. El jefe de residentes con la supervisión del jefe del servicio distribuye las tareas que deben desarrollar los educandos durante el entrenamiento, confecciona la lista de operaciones junto con los jefes de los equipos y concede la responsabilidad de cada acto quirúrgico entre los educandos de acuerdo con su capacidad. Debe participar activamente en los quirófanos, operando o ayudando en las intervenciones que él crea conveniente. Realiza con su grupo una revista de sala dos veces por día: antes de ingresar al quirófano y por la tarde, al término de la reunión vespertina. En lo educacional, dirige la revista de sala y la reunión de la tarde, programando las rotaciones por los equipos, estableciendo las guardias activas y pasivas ³⁴. Periódicamente debe elevar las calificaciones de los residentes al jefe de servicio con la mayor ecuanimidad posible, dado que este concepto servirá de guía para promoverlo, darlo de baja, sancionarlo o aconsejarle su pase a otra especialidad. Por todas estas circunstancias la designación asume gran importancia, siendo preferible incorporar un buen residente de tercer año formado en otra residencia o aun prescindir de él, que designar a alguien que no reúna la características exigidas para el cargo.

Comité de Docencia e Investigación

Desde el punto de vista educacional es aconsejable que en todo hospital con residentes se constituya un Departamento de Docencia e Investigación con un Comité integrado por los representantes de cada departamento, los cuales serán responsables de la organización del programa de entrenamiento, de la supervisión y programación de las distintas actividades (docentes, culturales, etcétera) que hacen a la educación del graduado. Es asimismo preferible que

todos los servicios por los que se efectúan rotaciones tengan su representante en el Comité, con el objeto de estar mejor interiorizados de su participación en el proceso educacional y poder colaborar con el plan de trabajo a seguir. En general, en nuestro medio, el jefe del servicio asumiendo toda la responsabilidad que le ha sido conferida, hace su esquema educacional con las rotaciones y cambios que cree convenientes, realiza las entrevistas personales para admisión, califica y promueve a sus educandos sin mayor participación de los miembros del citado Comité.

HOSPITALES PRIVADOS

La residencia en los hospitales privados, salvo raras excepciones, parece despertar en nuestro medio cierta resistencia, debido precisamente al hecho de tener que tratar con enfermos privados o con alguna clase de cobertura (obras sociales, seguros, sistemas de prepagos). La propiedad del enfermo hace en estas circunstancias difícil la aplicación del sistema. Loyúdice ⁴⁴ se ocupó de la educación quirúrgica para graduados en un hospital privado, exponiendo su experiencia, que iniciara en 1962, a poco de hacerse cargo del servicio. En el mismo demostró la viabilidad del sistema, con una participación del residente, como cirujano, en el 42,12 % de las operaciones del servicio y con un índice de necropsias del 40 %. Asimismo, el promedio anual de operaciones, 102 por educando, es una cifra muy significativa en cualquier medio educacional, lo cual, unido al hecho de que el sistema, según el autor, influyó notoriamente en la reducción de costos generales, al disminuir el promedio de internación, hace muy aconsejable extender la residencia a otras instituciones con características similares ¹⁻³⁹⁻⁴⁵⁻⁶¹.

Tal vez en nuestro país la formación quirúrgica de los graduados atraviese por un momento favorable para su desarrollo, debido a la gratuidad de la mayoría de los hospitales. Pero también es evidente que la tendencia es la de aumentar el número de individuos amparados por distintos sistemas de seguridad. Esto, como ya ha ocurrido en algunos países (EE.UU., por ejemplo), hará disminuir progresivamente la cantidad de pacientes que requieren los servicios asistenciales gratuitos. La solución podría encontrarse suscribiendo convenios sobre prestación de servicios con las instituciones de la seguridad social. En resumen, puede considerarse en estos momentos que existen tres categorías de pacientes: 1) Aquellos que tienen alguna cobertura o seguro, hallándose comprendidos obreros, empleados, profesionales, civiles o

militares; 2) un pequeño sector cada vez más reducido, que puede solventar sus gastos en un sanatorio privado, y 3) los enfermos indigentes, que aún se atienden en los hospitales gratuitos. Los dos primeros grupos tienen derecho a elegir sus médicos mientras que el tercero debe someterse a ciertas reglas fijadas por el hospital, sin derecho a elección alguna ⁵⁰.

Esto hace que las residencias hospitalarias atraviesen por un período muy especial, como decía al principio, donde la mayor parte de la asistencia queda en sus manos, con mayor o menor supervisión de los médicos de planta. No cabe duda que esta etapa será superada y todos los pacientes, privados o no, tendrán los mismos derechos asistenciales. Para entonces el sistema educacional también tendrá vigencia, pero con mayor control y actuación del plantel médico. El enfermo podrá optar por un médico individual o un grupo de médicos. En ambos casos el médico de planta será el responsable directo de la conducción del tratamiento, lo cual no implica que realice personalmente todos los actos médicos, y el residente, con consentimiento informado del paciente, colaborará estrechamente en el tratamiento, pudiendo realizar intervenciones bajo la estricta responsabilidad del cirujano de planta. La educación no consistirá en dejar la conducción total del caso al residente y limitarse a criticar o comentar en un ateneo tal o cual complicación, luego de que ésta haya ocurrido, sino participar en el proceso de atención médica; ello implica conservar la responsabilidad total del caso en todos sus aspectos. La educación médica que tiene por objeto final mejorar la asistencia para preservar la salud, en ningún momento podrá ir en desmedro de ella. Mantener la salud es un derecho y no un privilegio económico; entonces todos los pacientes, indigentes o no, deben recibir la mejor atención posible ⁵⁰⁻⁶¹.

PLAN DE ENTRENAMIENTO

(EXPERIENCIA EN LA VI CÁTEDRA DE CIRUGÍA)

Los planes de entrenamiento dependen exclusivamente de los objetivos fijados previamente. Si admitimos que al término de su período formativo el residente debe estar capacitado con un alto grado de eficiencia, de forma tal que pueda desempeñarse ante un cuadro agudo o crónico, es necesario entonces adecuar el plan de entrenamiento a la patología más frecuente, a fin de proporcionar experiencia para el manejo de mayor número de enfermos. Está demostrado que sólo al cabo de varios años de actuación profesional (en realidad durante toda la vida el cirujano sigue aprendiendo) se está en condiciones óptimas para actuar con eficacia. Por eso el que el residente capte la absoluta necesidad de la educación permanente y continuada es parte de los objetivos básicos de su formación.

Halsted, en 1904, decía que el entrenamiento del cirujano duraba 8 años después del internado, a lo que Wangenstein acotó: "Ello haría solamente cirujanos talentosos y versados, pero destruiría el espíritu creador".

Teóricamente, si tratamos de fijar el tiempo necesario para que el residente pudiera adquirir la habilidad y capacidad deseada, deberíamos tener muy en cuenta las posibilidades quirúrgicas que el hospital puede ofrecerle. Por otra parte, deberíamos determinar el número aproximado de hernias, várices, vesículas, etcétera, que cada residente necesita operar para completar su formación. Pero la experiencia médico-paciente no se adquiere solamente en los quirófanos. Ella comienza en realidad en el consultorio externo, donde el residente pone de manifiesto sus conocimientos clínicos, continúa en la sala de internación y luego de la operación se prolonga en la sala de recuperación y terapia intensiva, donde interpreta las alternativas fisiopatológicas del posoperatorio y aprende a corregirlas.

De ello se deduce que el entrenamiento, al tratar de llevar al educando a un nivel de capacitación adecuada, requiere no sólo la práctica activa en el quirófano sino también la instrucción que se consigue con la lectura de libros y revistas especializadas, así como con la asistencia a los ateneos, conferencias, sociedades científicas, que constituyen un complemento indispensable para su formación. Por todas estas con-

sideraciones surge el interrogante: ¿En cuánto tiempo, en nuestros hospitales, un joven graduado de doctores normales podrá aprender lo necesario para desempeñarse con acierto en la asistencia de sus pacientes?

El CONAREME ha fijado en 3 años la duración del entrenamiento y toda nuestra experiencia se basa en la actuación de graduados que se han formado en ese lapso.

Como parámetro de nuestro sistema, cabe citar la organización educacional en los EE.UU.⁷⁵ donde "The American Board of Surgery" reconoce 2 tipos de programa:

El *tipo I* ofrecido en hospitales universitarios o afiliados a la Universidad, los cuales cuentan con un plantel de médicos calificados y los medios necesarios para llevar a cabo el entrenamiento. El mismo consta de 5 o más años de duración, de los cuales 1 puede cursarse en laboratorios de investigación o anatomía patológica. En los 2 primeros años, realiza las rotaciones por varias especialidades quirúrgicas y en todo momento se tiende a aumentar su capacitación de forma tal que, al llegar a desempeñarse como jefe de residentes, pueda asumir la total responsabilidad del pre y posoperatorio, así como de la operación.

El *tipo II* corresponde a un entrenamiento de 3 años en un servicio de cirugía, sin rotaciones por los laboratorios de investigación o de anatomía patológica. Ese lapso debe ser seguido por 2 años adicionales de "preceptorships": al término del mismo el candidato tiene la oportunidad de ser examinado por el "American Board of Surgery". Este plan se lleva a cabo en hospitales no asociados a Universidades. En todos los casos el "American Board of Surgery", fundado en 1937, es el que otorga los certificados de especialistas en la materia.

PLAN DE ENTRENAMIENTO EN LA VI CÁTEDRA DE CIRUGÍA

Hasta 1971, en que actuábamos en la VI Cátedra, habíamos adoptado el siguiente programa de entrenamiento.

1er. Año

Terapia intensiva	3 meses
Anestesia	3 meses
Anatomía patológica	3 meses
Cirugía general	3 meses

2º Año

Cirugía general	6 meses
Urología	2 meses
Ginecología	2 meses
Traumatología	2 meses

3er. Año

Cirugía general	9 meses
Cirugía de urgencia	3 meses

Es necesario aclarar que con el rótulo de cirugía general englobamos a las cirugías gastroenterológica, torácica, cardiovascular, proctológica, oncológica, paredes abdominales, etcétera ⁶⁶.

Con este esquema básico se hicieron algunos ensayos sobre la marcha, como por ejemplo cambiar la rotación en urología por una en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia o el Hospital de Llanura Vicente López y Planes de General Rodríguez, provincia de Buenos Aires. En el primero, los educandos tuvieron oportunidad de observar y tratar una patología diferente a la que estaban acostumbrados en nuestro servicio. En efecto, la tuberculosis y la hidatidosis en todas sus formas representan las afecciones más frecuentes de la zona y exigen del cirujano una gran experiencia en su manejo. Esta rotación fue sumamente provechosa, como lo demuestra el hecho de que los residentes, al término del período propuesto, solicitaran prolongar su estadía, dadas las múltiples oportunidades que se ofrecían. En este punto cabe destacar la generosidad del entonces jefe del servicio de cirugía, doctor Orochowsky, hacia quien va nuestro agradecimiento.

El pasaje por el Hospital de Llanura se estableció con la idea de brindar una mejor formación neumonológica, dada la significativa cantidad de enfermos con patología torácica que en él se atienden: también la experiencia resultó muy alentadora.

En los años 1969 y 1970 los residentes de tercer año realizaron una rotación de 3 meses por el servicio de guardia del hospital. Consideramos que este paso era indispensable para el educando, sobre todo teniendo en cuenta que las últimas promociones carecían de esa experiencia en razón de que había sido suprimido el practicantado del pregrado, varios años antes. El resultado fue positivo para ambas partes. El residente tuvo la oportunidad de observar y tratar

casos agudos, que normalmente no se veían en el servicio e imprimieron a la guardia cierto ordenamiento en los exámenes y preparación de los enfermos quirúrgicos, así como en el cuidado del posoperatorio. En las encuestas realizadas, tanto a jefes de servicio como a nuestros graduados, la respuesta fue unánime, en el sentido de considerarla como una rotación indispensable dentro del plan de entrenamiento. Sin embargo, la esquematización de la mayoría de los hospitales actuales, con Servicio de Guardia independiente, no responden al mejor modelo de organización para los planes educacionales. Pienso que se hallan en superiores condiciones docentes aquellas instituciones cuyo organigrama dispone que todos los servicios están de guardia durante las 24 horas del día y lo hacen activamente por medio de sus residentes, debidamente supervisados por los médicos de planta. En ningún momento la guardia debe quedar librada a la responsabilidad total de los residentes, porque ello iría en desmedro de la asistencia. Así constituido el Servicio de Emergencia, puede considerarse como el lugar de orientación y de atención de las enfermedades de menor jerarquía ⁸.

Es discutible si en el lapso de 3 años se deben planear tantas rotaciones como las que nosotros programamos. De acuerdo con el concepto general de que los planes deben ser dinámicos y flexibles, ensayamos en esta ocasión lo que creíamos más conveniente para ese momento. Como se puede apreciar, incluimos diversas rotaciones y hasta hicimos pesar la tendencia del servicio hacia una determinada especialización. Pienso que aun diagramando el más equilibrado de los planes, siempre influye en el entrenamiento la orientación del jefe del servicio.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios a juzgar por la trayectoria de los 4 residentes que terminaron tercer año en abril de 1970. En efecto, 1 de ellos fue designado jefe de residentes en nuestro programa y los 3 restantes, en otros tantos servicios de cirugía de indudable jerarquía, y por supuesto, ello fue motivo de orgullo para nosotros.

La actividad quirúrgica de los residentes, desarrollada en la VI Cátedra, desde marzo de 1968 hasta abril de 1969, puede observarse en los cuadros siguientes, confeccionados por Baldi e Iribarren. En el cuadro 1 se puede ver como, sobre un total de 1.400 operaciones, los residentes realizaron 933 (66,6 %), mientras los médicos de planta totalizaron 467 (33,4 %). Si se discrimina el trabajo en cirugía mayor, mediana y menor (cuadro 2), los residentes hicieron el 63 % de la cirugía mayor, el 70,7 % de la mediana, y el 64,6 % de la menor. De acuerdo con la especialidad (cuadro 3), los educandos realizaron el 69 % de la cirugía general, el 77 % de la gastroenterológica, y el 43 % de la torácica y cardio-

CUADRO 1

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 - 30 de abril de 1969

Residentes	933	66,6 %
Médicos de planta	467	33,4 %
Total	1.400	

U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía.
Prof. Dr. Andrés A. Santas.

vascular. En el cuadro 4, correspondiente a la cirugía general, se hace la discriminación de las operaciones realizadas por los residentes: cirugía mayor: 62 %, mediana: 72 %, y menor: 69 %. En el cuadro 6, referente a la actividad quirúrgica del grupo de tórax y cardiovascular, puede observarse como los residentes efectuaron el 40 % de la cirugía mayor, el 41 % de la mediana, y el 54 % de la menor.

Es llamativo que en todos los equipos figuren un

CUADRO 2

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 — 30 de abril de 1969

	<i>Cirugía Menor</i>	<i>Cirugía Mediana</i>	<i>Cirugía Mayor</i>	<i>Total</i>
Residentes	148 (64,6 %)	428 (70,7 %)	357 (63 %)	933 (66,6 %)
Médicos de Planta	81 (35,4 %)	177 (29,3 %)	209 (37 %)	467 (33,4 %)
Total	229 (16,4 %)	605 (43,2 %)	566 (40,4 %)	1.400 (100 %)

Hospital Cosme Argerich. U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía. Prof. Dr. Andrés A. Santas.

CUADRO 3

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 — 30 de abril de 1969

	<i>Cirugía General</i>	<i>Cirugía Gastroenterológ.</i>	<i>Cirugía Torácica y Cv.</i>	<i>Total</i>
Residentes	504 (69 %)	314 (77 %)	115 (43 %)	933
Médicos de Planta	224 (31 %)	92 (23 %)	151 (57 %)	467
Total	728 (100 %)	406 (100 %)	266 (100 %)	1.400

Hospital Cosme Argerich. U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía. Prof. Dr. Andrés A. Santas.

CUADRO 4

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 — 30 de abril de 1969

CIRUGÍA GENERAL

	<i>Cirugía Menor</i>	<i>Cirugía Mediana</i>	<i>Cirugía Mayor</i>	<i>Total</i>
Residentes	105 (69 %)	312 (72 %)	87 (62 %)	504 (69 %)
Médicos de Planta	48 (31 %)	123 (28 %)	53 (38 %)	224 (31 %)
Total	(21 %) 153 (100 %)	(60 %) 435 (100 %)	(19 %) 140 (100 %)	(100 %) 728 (100 %)

Hospital Cosme Argerich. U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía. Prof. Dr. Andrés A. Santas.

CUADRO 5

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 — 30 de abril de 1969

CIRUGÍA GASTROENTEROLÓGICA

	<i>Cirugía Menor</i>	<i>Cirugía Mediana</i>	<i>Cirugía Mayor</i>	<i>Total</i>
Residentes	11 (65 %)	90 (85 %)	213 (75 %)	314 (77 %)
Médicos de Planta	6 (35 %)	16 (15 %)	70 (25 %)	92 (23 %)
Total	(4 %) 17 (100 %)	(26 %) 106 (100 %)	(70 %) 283 (100 %)	(100 %) 406 (100 %)

Hospital Cosme Argerich. U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía. Prof. Dr. Andrés A. Santas.

CUADRO 6

OPERACIONES EFECTUADAS

1º de mayo de 1968 — 30 de abril de 1969

CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR

	<i>Cirugía Menor</i>	<i>Cirugía Mediana</i>	<i>Cirugía Mayor</i>	<i>Total</i>
Residentes	32 (54 %)	26 (41 %)	57 (40 %)	115 (43 %)
Médicos de Planta	27 (46 %)	38 (59 %)	86 (60 %)	151 (57 %)
Total	(22 %) 59 (100 %)	(24 %) 64 (100 %)	(54 %) 143 (100 %)	(100 %) 226 (100 %)

Hospital Cosme Argerich. U. N. B. A. Fac. de Medicina. VI Cátedra de Cirugía. Prof. Dr. Andrés A. Santas.

porcentaje grande de operaciones menores y medianas realizadas por los médicos de planta. Ello se debe al número considerable de cirujanos que integran los equipos y que necesitan mantener su entrenamiento dado que, por otra parte, son los ayudantes o instructores naturales de los residentes.

En el período que va del 1 de marzo de 1971 al 29 de febrero de 1972, el índice de operaciones efectuadas por los educandos se ha incrementado aun para las intervenciones correspondientes a una especialización, como es la cirugía torácica y cardiovascular. Se puede observar en el cuadro 7 y gráficos A, B, C, la participación del residente en las operaciones.

CUADRO 7

OPERACIONES DE CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR

1-3-71 — 29-2-72

PORCENTAJE DE OPERACIONES REALIZADAS POR LOS RESIDENTES

<i>Cirugía menor</i>	<i>Residentes</i>	<i>Equipo</i>
Drenajes pleurales	16	3
Aortografías	22	3
Arteriografías	68	2
Várices	42	4
Amputaciones	29	—
	177 (93,22 %)	12

Cirugía mediana

	<i>Residentes</i>	<i>Equipo</i>
Simpatiectomías	17	3
By-pass femoropoplíteo		
Embolectomía-exploración	17	21
	34 (58,62 %)	24

Cirugía mayor

	<i>Residentes</i>	<i>Equipo</i>
Aneurismas	3	6
Leriche-by-pass femoro-tibial o peroneo	1	36
Neumonectomías	2	9
Lobectomías	2	4
Decorticación pulmonar ...	1	2
Quiste hidatídico	2	1
Toracoplastias	2	—
	13 (18,3 %)	58

Debido al escaso margen que ofrecen estas intervenciones al no permitir errores tácticos ni técnicos, requiriendo una metodología rigurosa, la responsabilidad recae siempre en el cirujano del plantel, actúe éste como tal o como ayudante. Pretendemos así que al cabo de los 3 años, el residente pueda desempeñarse ante una embolia arterial periférica, realizar un estudio arteriográfico, efectuar un drenaje pleural, tratar un neumotórax o llevar a cabo una amputación. La especialización requerirá un entrenamiento más prolongado, exclusivamente en el equipo mediante una residencia o a través de su incorporación al grupo correspondiente ⁷⁸.

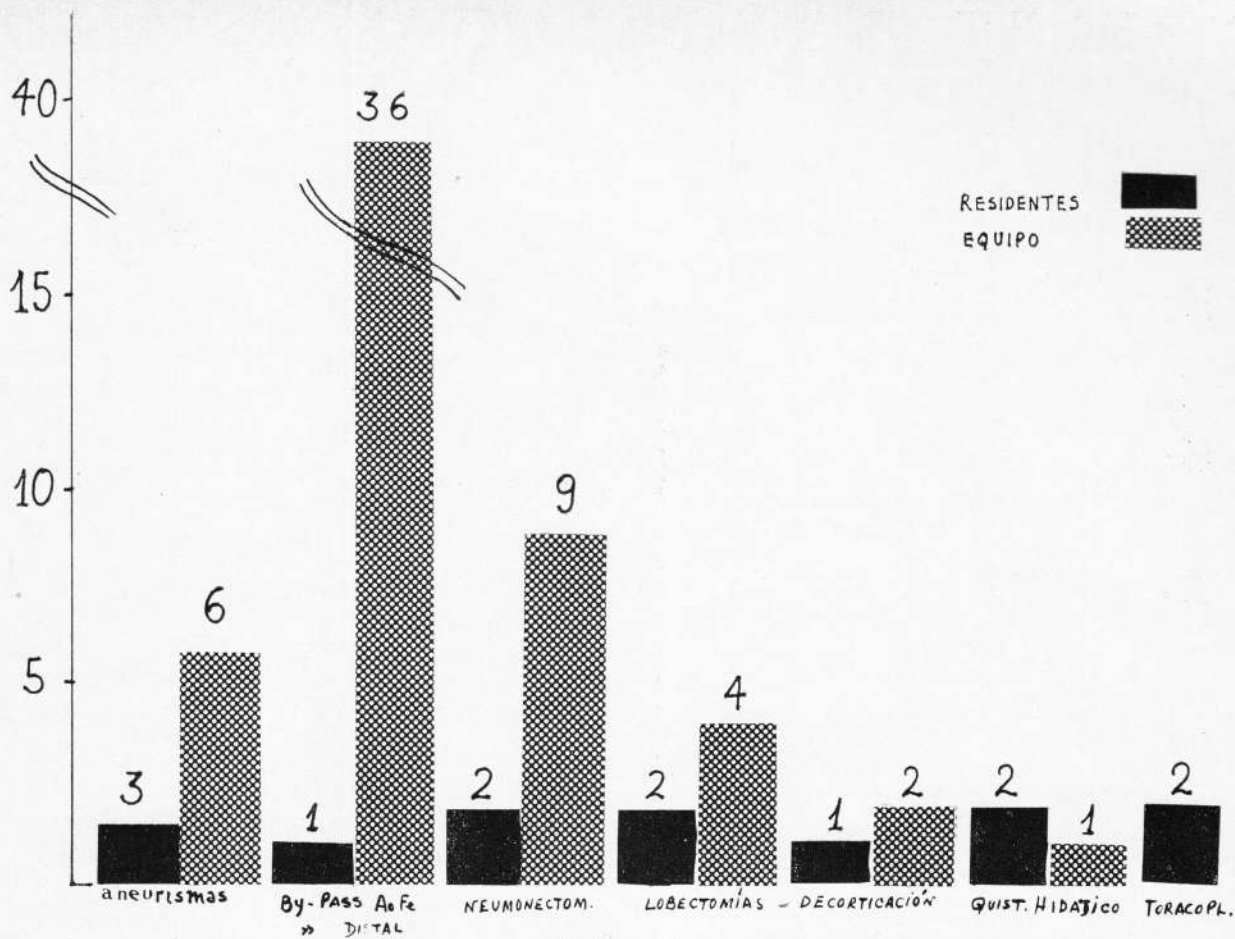


GRÁFICO A

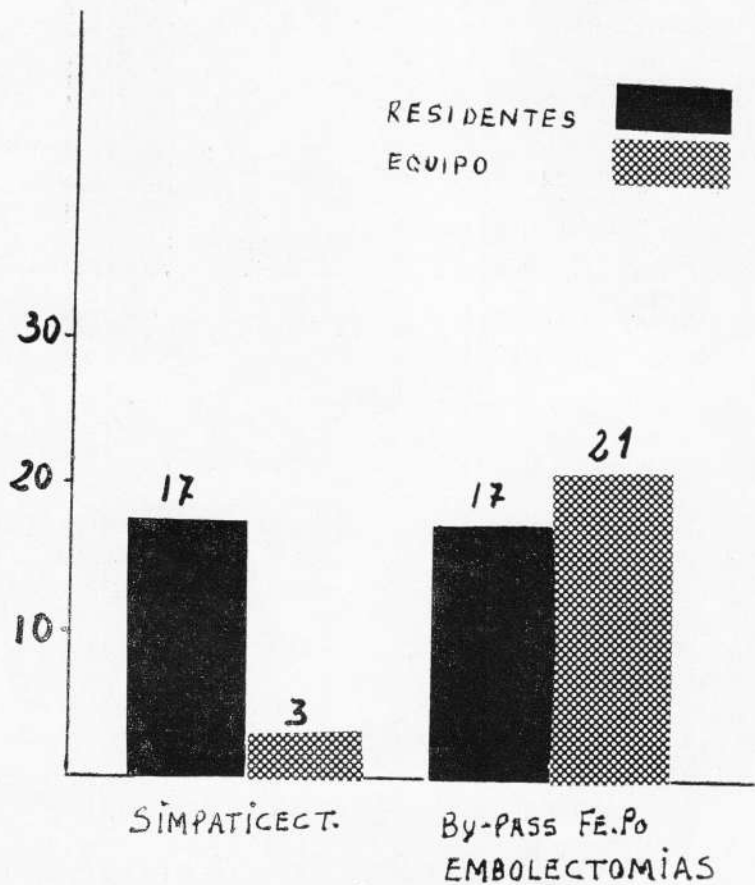


GRÁFICO B

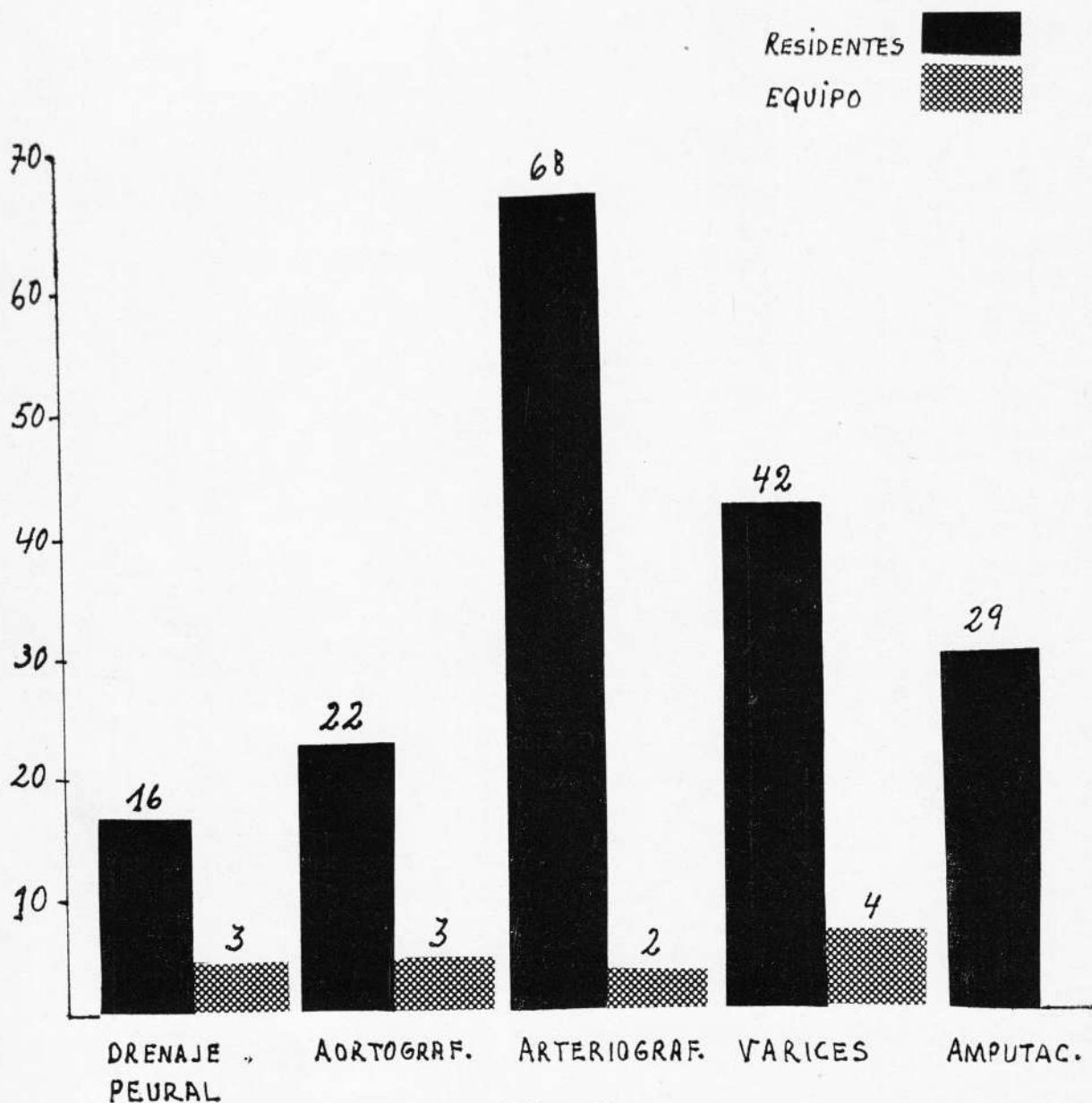


GRÁFICO C

RESULTADOS

A fin de conocer la opinión de los residentes respecto al resultado de su entrenamiento y las posibles modificaciones a realizar, se encuestaron 14 egresados del servicio, descontando que la misma no tiene un valor estadísticamente significativo, porque se trata de un número reducido de graduados, pero da una idea certera de lo que ellos piensan de su propia capacitación y que en líneas generales coincide con la nuestra. Otro valor de la encuesta estriba en el conocimiento personal que tengo de cada uno de

ellos, de su rendimiento y de la labor desarrollada luego de su capacitación. En todos los casos podría afirmar que se trata de elementos de un nivel normal, con distintas modalidades pero igualmente eficientes.

Si empleáramos las calificaciones de excelente, bueno o regular, para calificar a cada entrenado, surge que sólo los que se desempeñaron como jefes de residentes, al cabo de 4 años, lograron una excelente capacitación. No puede decirse lo mismo de los que

no llegaron a jefes o de los mismos jefes, al término de los 3 años. Claro está que éstos fueron los mejores de cada promoción, pero de cualquier forma necesitaron 1 año más para alcanzar tal calificación.

Sobre un total de 14, la mitad opinó que el tiempo empleado para su formación había sido suficiente, pero coincidieron en la necesidad de agregar 1 año de internado rotatorio. En cambio la otra mitad sugirió extender el plan a 4 años, sin el internado rotatorio. En resumen, todos estuvieron de acuerdo en prolongar el entrenamiento 1 año más, ya sea con el internado previo o mediante un cuarto año de residencia.

El segundo motivo de la encuesta fue conocer la utilidad del entrenamiento efectuado, sobre todo en lo que a rotaciones se refiere. A tal efecto fueron descartados 2 residentes, 1 por su dedicación exclusiva a la cirugía plástica, y 1 a la oncología; de manera que se consideraron 12 respuestas; de ellos 2 actúan en medios rurales (cuadro 8). Como se

CUADRO 8

PORCENTAJE DE OPERACIONES REALIZADAS
POR EX RESIDENTES
EN AMBIENTES RURALES

	% A B	
Gastroenterología y paredes abdominales	70	90
Cabeza y cuello	5	—
Vascular periférico	3	—
Tórax	—	1
Proctología	14	9
Ginecología	5	—
Urología	—	—
Traumatología	3	—
Neurocirugía	—	—

(A y B: los 2 cirujanos que actúan en medios rurales)

puede observar, a pesar de desempeñarse en medios rurales, los 2 cirujanos no han tenido necesidad de actuar como urólogos o como neurocirujanos, concentrando su mayor actividad en el campo de la cirugía gastroenterológica, proctológica y ginecológica.

En los 10 cirujanos que actúan en centros urbanos (cuadro 9) los porcentajes son parecidos al grupo anterior y demuestran que en ningún caso tuvieron que realizar operaciones de urología o neurocirugía y 1 cirujano en una ciudad del interior tuvo

CUADRO 9

PORCENTAJES DE OPERACIONES REALIZADAS
POR CIRUJANOS EN CENTROS URBANOS

	%
Gastroenterología y paredes abdominales	55
Cabeza y cuello	12
Vascular periférico	10
Tórax	3
Proctología	12
Ginecología	7,6
Urología	—
Traumatología	0,4
Neurocirugía	—

que resolver 4 casos de traumatología. El cuadro indicaría la necesidad de reforzar o intensificar el entrenamiento de cabeza y cuello, vascular periférico y proctología. Por supuesto que gastroenterología y paredes abdominales constituyen el núcleo más numeroso de pacientes quirúrgicos.

Si bien estas cifras no son estadísticamente significativas, como se dijo al principio, por analogía puede consultarse el trabajo de Cassey¹⁸, en el que se analiza la actuación de cirujanos en ambientes rurales y urbanos, llegando a las mismas conclusiones en lo referente a intensificar algunos puntos del entrenamiento, eliminando o disminuyendo aquellas rotaciones que no demostraron mayor utilidad, tales como neurocirugía y ortopedia.

Existen algunos factores que deben analizarse para llegar a alguna conclusión valedera, respecto al porqué se consideró insuficiente el período de entrenamiento.

Teóricamente habría que establecer la cantidad de operaciones que el residente debe efectuar durante su entrenamiento para obtener una excelente capacitación; y el segundo planteo podría ser: ¿Qué posibilidades tiene el hospital de ofrecer al residente la cantidad de casos que en 3 años se requieren para su formación?

Tratando de responder al primer interrogante, Baldi e Iribarren, en 1969, llevaron a cabo una encuesta a 30 cirujanos de la I y VI Cátedra de Cirugía. Con el asesoramiento de la doctora Mabel Bianco se confeccionó el cuadro 10, figurando en la primera columna vertical el número de operaciones recomendado, en grupos de 1 a 4 operaciones, de 5 a 9, de 10 a 14, etcétera. En las columnas siguientes se halla la cantidad de cirujanos que opinaron de ese modo para cada operación. Pueden observarse algunas cifras muy dispares, como por ejemplo: 1 ci-

CUADRO 10

Nº recomendado de operaciones	C. Menor	Salnectom.	Hernias	Eentrae.	Troides	Cab. cuello	Mama	Ginecolog.	Teyax	Arterias	Est. Intest.	V. biliares	Colon-recto	Apéndice	Proctolog.	Injertos
1-4	—	—	—	1	6	3	10	—	—	1	—	—	1	—	—	3
5-9	7	9	1	12	12	14	12	11	11	13	7	2	15	2	—	15
10-14	11	11	11	10	8	7	7	15	15	12	10	5	9	17	7	10
15-19	3	6	6	4	3	5	1	—	3	4	7	6	2	7	8	1
20-24	7	4	5	3	—	1	—	4	1	—	4	11	3	2	6	1
25-29	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
30-39	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	2	7	—
40 y +	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—
Mínimo	5	5	5	3	3	3	2	5	5	3	5	8	4	6	10	5
Máximo	35	20	70	20	15	20	15	20	20	15	30	50	20	30	45	20
Promedio	12.9	11.1	18.3	9.8	7.7	9	6	9.6	9.4	8.7	12.9	19.3	8.9	12.9	21.1	7.7

rujano opinó que 5 operaciones de hernia eran suficientes para el entrenamiento y otro pensó que eran 70. En vías biliares, uno contestó 8 operaciones y otro 50. A pesar de estas diferencias puede observarse que la mayoría se halla dentro del rango comprendido entre 10 y 14 operaciones, y en segundo lugar, entre 5 y 9. Figura asimismo el número máximo y mínimo de operaciones fijado por esos grupos y el promedio de cada operación.

Personalmente creo que siendo el aprendizaje individual, nos está indicando que unos necesitarán más y otros menos, repetir los mismos actos quirúrgicos para hacer su experiencia y que sólo el control o la evaluación continuada por parte del plantel podrá indicar cuándo un residente se halla en condiciones de realizar operaciones de mayor envergadura o debe seguir repitiendo las mismas intervenciones. En realidad nadie puede determinar a priori una cifra valedera, pero tal vez el cuadro de Baldi e Iribarren (comunicación personal) pueda servir de guía para conocer la capacidad educacional de un servicio de cirugía.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS A JEFES DE SERVICIO

A fin de conocer la opinión de los jefes de servicio de cirugía con residencias que actúan en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, realizamos una encuesta sobre algunos puntos del sistema, obteniendo 20 respuestas cuyo resultado transcribimos a continuación.

1) ¿Considera a la residencia, en el momento actual, el mejor método para la formación del cirujano?

Como era dable esperar, hubo unanimidad de criterio, las 20 respuestas fueron afirmativas.

2) ¿Considera que el lapso de 3 años es suficiente para su entrenamiento?

En este punto hubo discrepancias. Contestaron afirmativamente 16 y por la negativa 4. Estos últimos aconsejaron prolongar el entrenamiento 1 año más.

3) ¿Cree necesario agregar un período de investigación?

Opinaron que sí 5 y que no 15. Estas respuestas pueden relacionarse con las anteriores en el sentido de que aquellos que solicitaban una prolongación también optaron por el agregado de un período de investigación.

4) ¿Se deben crear residencias especializadas?

	SI	NO
Cirugía torácica y cardiovascular . . .	13	7
Gastroenterología	2	18
Oncología	5	15

Como se puede apreciar, las opiniones estuvieron divididas, pero en términos generales; así como no se admite la subdivisión de oncología y gastroenterología, la mayoría cree que cirugía torácica y cardiovascular constituye una especialidad y por lo tanto deberían crearse residencias específicas⁴²⁻⁷⁸.

5) ¿Deben integrar las guardias hospitalarias?

En este punto la respuesta afirmativa fue unánime, sugiriendo la conveniencia de que los servicios estuvieran de guardia con sus residentes y médicos de planta.

6) También se encuestó el número de operaciones requerido por cada educando y no se hallaron variantes fundamentales respecto al cuadro.

FORMACION FUTURA DE LOS RESIDENTES

Aunque los resultados obtenidos hasta la fecha hubiesen sido excelentes, estamos pensando que el desarrollo de las ciencias en general y el carácter interdisciplinario de nuestra actuación futura nos llevarán a realizar planes tendientes a formar cirujanos con mejor base científica. De esta forma estamos contestando a la pregunta clave: ¿Qué es lo que debemos enseñar a nuestros residentes? o mejor dicho, ¿Qué es lo que debe y sobre todo puede aprender para desempeñarse con éxito en su profesión, en los próximos años? Es evidente que los planes de entrenamiento serán cada vez más exigentes y conscientes

de las posibilidades futuras, pensamos que todos los cirujanos paulatinamente deberán ser preparados con un alto grado de eficiencia y para ello resultará indispensable el conocimiento de las ciencias básicas, sobre todo de la física, química, biología, etcétera⁵⁸, pero asimismo deberá tener conocimientos de inmunología, genética, electrónica y otras ciencias relacionadas con el arte de curar. Con estos objetivos, el plan de entrenamiento, que no podrá ser único, cobrará gran intensidad, tal como si se tratara de alumnos en pregrado, insumiendo un tiempo más prolongado que el actual.

Bajo esas condiciones, nuestros educandos serán entonces brillantes cirujanos que llenarán de orgullo a sus maestros. "Es probable, dice Milwidsky⁵¹, que en el futuro se llegue a emplear un sustituto sintético de la sangre, que otro agente disuelva los trombos y embolias y que se reemplacen los órganos con perfecta tolerancia. Todos estos progresos serán realizados por una generación de cirujanos de cuya instrucción somos responsables".

Si se estableciera un plan semejante en nuestro medio, cobrarían actualidad, aplicadas a la residencia, las palabras de Osler, del Johns Hopkin, dirigidas a Welch: "Nos sentimos muy honrados de haber conseguido ingresar a esta Universidad como miembros de su cuerpo docente, nunca hubiéramos podido hacerlo como estudiantes".

Si bien los planes han de ser cada vez más intensivos, tampoco se debe perder de vista lo básico y fundamental de la pedagogía, tan claramente expuesto por Ortega y Gasset⁵⁴ cuando se refiere al principio de la economía de la enseñanza: "Hay que preocuparse de enseñar en la medida que se puede aprende-

der". Todo lo demás resulta superfluo y antieconómico. Tampoco creemos que nuestros cirujanos vayan a transformarse en científicos, por lo menos a corto plazo, pero nadie puede dudar de que la cirugía ha cambiado en el curso de los últimos 40 años, debido al mejor conocimiento de los procesos metabólicos, de la fisiopatología gastroduodenal, respiratoria, cardíaca, del control de la infección, del equilibrio del medio interno, etcétera. Por consiguiente, hemos de coincidir en aceptar que el plan de entrenamiento a nivel de graduado, pero también en pregrado, debe ser distinto, más que distinto dinámico, que permita innovaciones y supresiones de acuerdo con los nuevos conceptos⁴⁰. La resistencia general al cambio hizo decir a Cushing: "Es más difícil cambiar un plan de estudios que mudar de lugar un cementerio".

No se trata de estar en el cambio por el cambio mismo, pero sí debemos tener la suficiente ductilidad para aceptar los resultados obtenidos y proponer las modificaciones que surjan del análisis correspondiente.

FUTURO DE LOS RESIDENTES

Es éste uno de los capítulos que todos esperan discutir y tal vez el único que yo hubiera evitado hacerlo: 1º) porque ha sido tratado exhaustivamente en varias oportunidades, inclusive en una mesa redonda del XL Congreso Argentino de Cirugía¹⁸⁻²⁴⁻³⁸⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁵⁸, y 2º) porque a pesar de las repeticiones, poco es lo que se ha hecho para hallar una solución que contemple las posibilidades de la población y las necesidades de los profesionales.

Se argumenta en general, y ya casi no hay discusión, de que el sistema es excelente para formar cirujanos generales en poco tiempo⁷², pero sólo capacita a los graduados sin tener en cuenta su posterior destino y entonces se pone en tela de juicio si vale la pena el esfuerzo educacional de las instituciones por un lado y el económico de los residentes por otro, cuando no se vislumbra un porvenir o la seguridad de poner en práctica todo lo aprendido.

Se me ocurre que el mismo argumento podría ser esgrimido por los abogados, ingenieros, arquitectos, etcétera, o por los médicos que no tuvieron la suerte de formarse así.

La residencia es sólo un proceso educacional, no obligatorio, tanto es así que en la actualidad solamente el 26 % de los egresados se interesa por este programa educacional y de ellos el 16 % logra realizar dicho entrenamiento¹⁹⁻²¹ (gráfico D). Pero también es cierto que esta minoría recibe una edu-

cación superior, que al cabo de pocos años lo coloca en una situación de privilegio respecto a los que no la han realizado: 1) porque en la práctica privada pueden asumir responsabilidades mayores que los otros, y 2) porque los cargos vacantes que se producen en las distintas reparticiones públicas o privadas seguramente serán ocupadas por ellos. La realidad actual es que existe una falta de relación entre oferta y demanda que arroja un saldo negativo, agravado por las condiciones socioeconómicas del país⁴⁷.

El futuro de los residentes no es, ni más ni menos, que el futuro de los argentinos. La residencia no es una isla dentro del país, y si todo lo que rodea a la residencia o a la medicina en general no es brillante, es muy difícil que ésta lo sea, porque el residente, el jefe del servicio, los médicos de planta, las enfermeras, los administrativos, los enfermos, etcétera, forman parte de ese pueblo, que política y económicamente no se halla precisamente en el mejor momento de su trayectoria.

Por eso dije al principio que hubiese preferido no hablar de este tema cuya solución no puede ser parcial y afectar solamente a los residentes, pero entonces la jurisdicción tal vez escape a las autoridades educacionales, dando origen a una serie de interrogantes, tales como: ¿Se debe limitar el ingreso a la carrera de acuerdo con las necesidades del país? ¿De acuerdo con las necesidades actuales se deben limi-

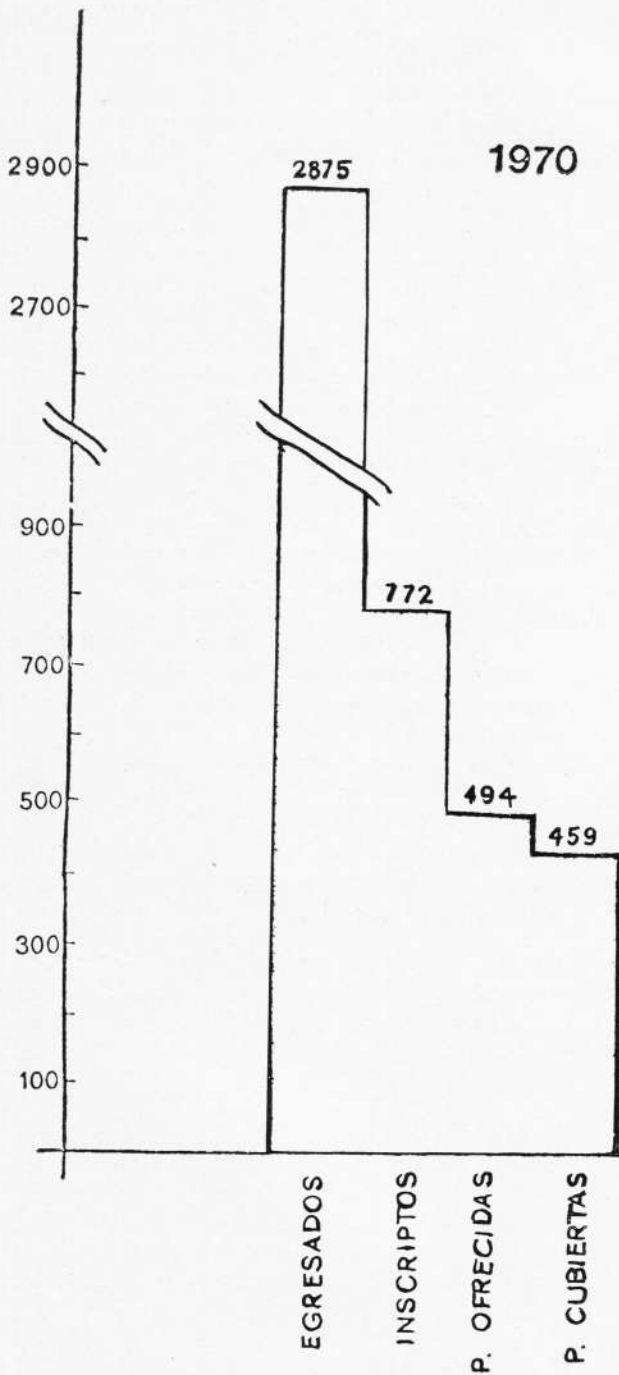


GRÁFICO D

Relación entre graduados, concursantes, plazas ofrecidas y plazas cubiertas (1970).

tar las matrículas en algunas zonas saturadas?, o por el contrario, ¿se deben abrir nuevas escuelas de medicina para lograr una mejor formación profesional? ¿Se deben construir nuevos hospitales, mejor equipados, en zonas del interior, donde carecen de ellos?,

y en última o en primera instancia, ¿con qué medios?

Las respuestas escapan al propósito de este relato, por habernos circunscripto a lo educacional exclusivamente, tal como nos fue encomendado por las autoridades de la Asociación Argentina de Cirugía. No obstante, haciendo una fugaz incursión hacia el futuro, creo firmemente que la residencia por intermedio de sus egresados ha de proyectarse no sólo hacia los hospitales de las grandes ciudades, donde seguramente irán ocupando los cargos disponibles (ya lo están haciendo), sino también hacia las zonas rurales, constituyéndose en los agentes de cambio, que tanto necesita el país desde el punto de vista asistencial, pero asimismo político y cultural ⁶⁵.

Para ello será indispensable que las autoridades competentes arbitren los medios para montar hospitales regionales en relación a las necesidades locales, con una organización administrativa que tienda a lograr su autofinanciación.

Mientras tanto, la hidatidosis, la tuberculosis y el Chagas, entre otras, cobran a diario un gran tributo sobre una población escasa, a la que tanto debemos cuidar y que por fallas no imputables al nivel educacional no han podido ser combatidas en la medida que corresponden.

CONCLUSIONES

1º) La residencia sigue siendo en nuestro medio el mejor sistema educacional para graduados.

2º) La metodología del aprendizaje es educacional y ella exige una serie de procedimientos, centrados todos en el enfermo. En esa formación sobresalen dos aspectos: el entrenamiento y la educación. El primero requiere la experiencia práctica que se adquiere en la sala de internación y en el quirófano, y el segundo se cimenta con la lectura de libros y revistas especializadas, con la concurrencia a los ateneos y a las sociedades científicas y el trabajo en los laboratorios de investigación.

3º) Los hospitales universitarios o asociados deben poder contar con un laboratorio de investigación con miras a ofrecer al mayor número posible de educandos una formación académica superior.

4º) Es necesario mantener la motivación permanente del residente para lograr un máximo de eficacia en el aprendizaje, recordando que el mayor incentivo del educando es la realización del acto operatorio y que dicha motivación se incrementa con la vivencia de los éxitos y se debilita con los fracasos.

5º) Las cualidades esenciales que deben exigirse de un residente de cirugía son: honestidad, laboriosidad, comprensión humana, manualidad y un nivel

normal de inteligencia. Por consiguiente en la elección de los aspirantes juega un papel importante la entrevista personal y las cartas de presentación, avaladas por personas responsables.

6º) Entre los requisitos necesarios para implantar una residencia se deben considerar: 1º) Las características del hospital o Servicio de Cirugía. y 2º) el personal existente. El hospital debe ser polivalente, con un equipamiento de Ravos X y laboratorio que permita los exámenes fundamentales, durante las 24 horas del día. Ello lleva aparejado la mayor dedicación de los profesionales y auxiliares técnicos en todos los sectores. Dentro de las exigencias hacia el personal figura en primer lugar la comprensión del sistema por los médicos de planta y en especial por el jefe de servicio, condición "sine qua non" para desarrollar el sistema. La actuación del jefe del servicio resulta decisiva para el éxito o fracaso de una residencia. Su responsabilidad es total y sólo puede ser delegada en su jefe de clínica o en algún docente encargado de la misma.

7º) La dedicación del residente debe ser exclusiva, siendo necesario solucionar sus mínimas aspiraciones para que su espíritu se halle plenamente ocupado en su formación como profesional responsable.

8º) El análisis de las encuestas realizadas y de las conclusiones, producto de nuestra observación, a lo largo de más de 10 años de esta experiencia educacional, sugiere algunas reformas, provocadas por las condiciones ambientales en que se desenvuelve la residencia.

a) Cumplida una primera etapa y afianzando el sistema en los últimos años, se hace imperativo elevar el nivel educacional, mediante algunas modificaciones en la intensidad y duración del mismo. El CONAREME debe poder ofrecer en estos momentos dos planes de entrenamiento. Uno, tendiente a formar cirujanos generales con mayor orientación asistencial, y otro, con formación académica, pero igualmente eficaz en la gestión asistencial.

Plan 1. De 3 años de duración, similar al que se halla en vigencia desde el comienzo de la residencia. Se debe intensificar el entrenamiento en cirugía general, evitando las rotaciones prescindibles, como anatomía patológica o neurocirugía, y reduciendo otras, como urología y traumatología.

1er. Año

Anestesiología	3 meses
Cirugía general	9 meses

2º Año

Terapia intensiva	2 meses
Traumatología	2 meses
Cirugía general (guardia)	8 meses

3er. Año

Ginecología	2 meses
Urología	2 meses
Cirugía general	8 meses

Dentro de este esquema caben una gran cantidad de variantes, que cada servicio podrá organizar de acuerdo con su característica saliente, debiendo aclarar que con el término cirugía general comprendemos distintas subespecialidades o especialidades, como proctología, cirugía torácica y vascular periférica. No consideramos a la cirugía oncológica como una especialidad. Se insiste en la rotación por las guardias, no como tiempo electivo, sino obligatorio, procurando que los servicios regulares integren las guardias con sus residentes, a cambio de las actuales estructuras.

Las rotaciones obligatorias por urología y traumatología podrán considerarse electivas para aquellos que van a ejercer su profesión en centros densamente poblados. En cambio, ginecología debe ser obligatoria para todo cirujano general que actúe en cualquier medio. Desde el examen ginecológico hasta las lesiones de los órganos pelvianos, que pueden hallarse en una laparotomía, justifican con creces una rotación por dicha especialidad.

Plan 2. De 4 años de duración, para los hospitales universitarios o asociados cuya estructura general permita su normal desenvolvimiento.

1er. Año

Anestesiología	3 meses
Anatomía patológica	3 meses
Cirugía general	6 meses

2º Año

Cirugía general	6 meses
Laboratorio de investigación	4 meses
Traumatología	2 meses

3er. Año

Urología	3 meses
Ginecología	3 meses
Cirugía general (guardia)	6 meses

4º Año

Cirugía general y guardia	9 meses
Electivo	3 meses

Al igual que en el Plan 1, este esquema permite programar una serie de cortas rotaciones por endoscopia (broncoesofagoscopia, gastroscopia), o algún

otro sector que se considere conveniente para su formación.

b) Con el objeto de no aumentar el número de educandos, para mantener la relación docente-cama en cada servicio, sería aconsejable reducir el ingreso en un cargo, de modo que la suma total de residentes de los 4 años de un servicio fuese igual a la suma actual, de 3 años de duración.

c) Teniendo en cuenta la escasa formación práctica de los recién egresados de la Facultad, ambos planes deben ir precedidos por 1 año de internado rotatorio.

d) Es necesario modificar la infraestructura hospitalaria para su normal desarrollo, siendo esencial cambiar el régimen de trabajo, prolongándolo hasta las 17 horas. Esto permitirá realizar ateneos, consultas internas y externas y mejor seguimiento de los enfermos en horas de la tarde.

Sólo así lograríamos pasar del sistema francés, modelo con el que nuestros hospitales fueron organizados, al sistema americano, del cual hemos adoptado la residencia.

9º) El futuro de los residentes está ligado al futuro de la medicina argentina, y por consiguiente no podrá hacer abstracción de todo aquello que lo rodea. Su desarrollo dependerá fundamentalmente de las circunstancias generales de orden económico, político y social que imperen en todo el país.

10º) Cualquiera sea la modificación curricular que se pretenda, la responsabilidad total del paciente recae siempre en los médicos de planta. En tal sentido no se harán diferencias entre los enfermos privados o no, puesto que el cuidado de la salud no puede ser un privilegio económico sino un derecho, y en consecuencia todos deberán recibir la misma buena atención.

FUNCIONES DEL MEDICO RESIDENTE EN LA VI CATEDRA DE CIRUGIA

1. — El Médico Residente será responsable de la asistencia de los pacientes que se le asignen de acuerdo con el plan docente, bajo la supervisión de los médicos que el jefe designe. En cuanto al cumplimiento de las finalidades formativas de la Residencia, dependerá del jefe de residentes.
2. — Cumplirá tareas desde las 7 horas hasta las 17 horas, de lunes a viernes y de 7 a 12 horas los días sábados o hasta finalizar las tareas del día. Deberá cumplir las guardias que figuren en el plan de enseñanza de cada especialidad.
3. — Confeccionará la historia clínica dentro de las 12 horas del ingreso. Dentro de las 24 horas deberá ser completada con un resumen semiológico, impresión diagnóstica, plan de diagnóstico y tratamiento, incluyendo los exámenes complementarios básicos.
4. — Anotará *diariamente* en la historia clínica la evolución y tratamiento, así como la interpretación de los síntomas y signos, análisis, radiografías, etcétera. Las anotaciones deberán registrar la firma aclarada, así como la fecha y la hora en que fueron realizadas.
5. — Será responsable de los exámenes complementarios, transfusiones e interconsultas, que deberán llevarse a cabo con la celeridad requerida.
6. — Confeccionará un resumen de la historia clínica (epicrisis) dentro de las 24 horas del fallecimiento o del alta del enfermo. También anotará en el Cuaderno de Consultorio Externo la fecha de su citación.
7. — Remitirá todas las instrucciones por escrito, evitando las órdenes verbales.
8. — Pasará revista a sus enfermos dos veces al día y tantas veces como lo crea necesario. Antes de retirarse pasará revista con el residente de guardia a quien interiorizará de los problemas. Es imprescindible que dicho residente conozca el estado de todos los internados que quedan a su cargo.
9. — Presentará el enfermo en forma breve y sintética al jefe de residentes o a la Revista de Sala. Los resultados de los análisis de laboratorio y radiografías, así como las opiniones de otros consultantes, deben ser conocidas por el residente y estar disponibles para su evaluación. Dejará constancia en la historia clínica de la opinión expresada y llevará a cabo las recomendaciones finales.
10. — Seguirá las indicaciones de sus superiores en lo referente al mejor cumplimiento de su función.
11. — Asistirá puntualmente a todas las actividades científicas que fijen los planes educativos.

12. — Asistirá a la necropsia de los enfermos que hayan estado bajo su cuidado, siendo el responsable de solicitar la realización de la misma.
13. — Notificará, cuando esté de guardia, los casos de emergencia al residente del año superior o al jefe de residentes.
14. — Consultará obligatoriamente cuando la gravedad del caso lo exija o cuando no esté capacitado para resolverlo.
15. — Cuando sea necesaria la consulta a otros servicios resumirá el caso brevemente en una hoja especial, especificará el objeto de la misma y notificará al servicio consultado. Es conveniente su presencia cuando la consulta se realice, debiendo dejar constancia por escrito del resultado de la misma.
16. — Anotará en el Registro de Tumores a todos los enfermos portadores de afecciones malignas a fin de seguir el control de los mismos y les presentará ante el Comité de Tumores.
17. — No abandonará la sala sin notificar a la enfermera de turno o la secretaria de servicio del lugar al cual se dirige. Ante ninguna circunstancia abandonará el hospital sin permiso del inmediato superior y asegurarse de que otro residente cubra sus obligaciones.
18. — Concurrirá al Consultorio Externo en las horas que se determine.
19. — Rotará en las secciones aprobadas por el Departamento de Docencia, dentro de los turnos que se establezcan.
20. — Deberá concurrir fuera del horario habitual o en días feriados cuando ello le fuera solicitado por el jefe de residentes.
21. — Actuará como ayudante o cirujano de acuerdo con su capacitación progresiva y las posibilidades del servicio. Las asignaciones serán efectuadas por el jefe de residentes.
22. — Terminado el acto quirúrgico continuará a cargo del enfermo durante su traslado a la Sala de Recuperación y será directamente responsable del manejo del operado durante ese lapso.
23. — Al final de su período, si su actuación ha sido satisfactoria, recibirá un certificado expedido por el Departamento de Educación Médica y refrendado por el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.
24. — Las características del trabajo serán de tiempo completo con dedicación exclusiva.
25. — Anotará en una carpeta personal sus actividades diarias, que serán controladas semanalmente por el jefe de residentes.
26. — *La responsabilidad del residente hacia el enfermo y hacia el servicio es intransferible.*

MÉDICO RESIDENTE DE RECUPERACIÓN

1. — A las 7 horas pasará revista con el médico residente de guardia a fin de ser informado acerca de las novedades acaecidas.
2. — Se informará sucintamente del estado de los pacientes, controlará el cumplimiento del plan terapéutico.
3. — Hará una evaluación total del enfermo, para lo cual efectuará un examen físico completo, control de presión arterial, pulso, ubicación de sondas y drenajes, cantidad y calidad de líquidos perdidos e ingresados.
4. — Pedirá los análisis, estudios o interconsultas antes de las 8 horas, notificándose de sus resultados y adjuntándolos en la historia clínica antes de retirarse.
5. — Hará las curaciones con la supervisión del equipo correspondiente.
6. — Preparará los planes del medio interno con la supervisión correspondiente, anotando en la historia clínica la evolución y consideraciones de cada paciente.
7. — Será responsable junto con el residente de anestesia de la evolución de los posoperatorios.
8. — Será el encargado de contestar las interconsultas, supervisado por el encargado de recuperación.
9. — Revisará y conservará el material de trabajo, preocupándose por mejorar su cantidad y su calidad.
10. — Recibirá a los enfermos que llegan de la sala de operaciones, cualquiera sea la hora que ello suceda.
11. — Mantendrá informado al personal de recuperación sobre sus movimientos, de tal forma que pueda ser ubicado inmediatamente.
12. — Atenderá a los enfermos que por su urgencia ingresen directamente en recuperación, con-

feccionando la historia clínica y encargándose de su estudio y tratamiento.

13. — Presentará los enfermos, informando su evolución y novedades a la revista de los equipos, revista de la tarde y en la revista de sala.
14. — Concurrirá puntualmente a las reuniones de formación.

MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIA

1. — A las 7.30 horas pasará revista a los enfermos a intervenir en el día, constatando si se hallan en condiciones. De no ser así avisará al residente a cargo del sector y solucionará los problemas que se presenten.
2. — Controlará los elementos para que la intervención se lleve a cabo.
3. — Debe conocer todos los enfermos internados en el servicio.
4. — Hará la evaluación de los pacientes que serán operados al día siguiente, y escribirá en la historia clínica las *consideraciones preoperatorias*, que comprenden:
 - a) Examen físico, tensión arterial, pulso y temperatura;
 - b) diagnóstico presuntivo;
 - c) riesgo anestésico;
 - d) plan anestésico.
5. — Efectuará el pedido de elementos no habituales en sala de operaciones, controlando su estado y funcionamiento (electrocardiógrafo, respirador, etcétera).
6. — Solicitará por escrito la interconsulta y la presencia del servicio de cardiología el día previo a la operación, en los casos que requieran monitoraje.
7. — A las 7.45 horas debe estar en el quirófano preparando los elementos para la anestesia.
8. — Estará durante toda la mañana bajo la dirección del jefe del Servicio de Anestesia o su reemplazante y quien actuará en calidad de instructor.
9. — Controlará la anestesia a que haya sido designado, lo que no lo excusa de conocer la anestesia efectuada en los otros pacientes, a fin de informar las novedades sucedidas durante la misma.
10. — Luego de finalizada la anestesia escribirá en la historia clínica las *consideraciones posoperatorias* que comprenden:

- a) Estado, P. A., pulso, respiraciones y otros datos importantes.
- b) Calidad y cantidad de drogas utilizadas.
- c) Cálculo de volumen perdido, tipo y cantidad de líquidos administrados.
- d) Tolerancia al procedimiento.
- e) Diagnóstico definitivo y operación efectuada.

11. — Será responsable de los equipos destinados a su cargo, manteniendo y mejorando su estado.
12. — Finalizada su actividad, controlará los posoperatorios inmediatos.
13. — Será el responsable de las anestесias en casos de urgencia y fuera del horario de actividad de dicho servicio, concurrirá cualquiera sea la hora que se lo requiera.

GUARDIAS

La Guardia será rotatoria de 24 horas (8 a 8 horas), de acuerdo con las necesidades del servicio, formando un equipo que será responsable de los enfermos a su cargo. Dicho equipo estará constituido por residentes de 1º y 2º años en forma activa, con rotación diaria, y por un residente de 3er. año en forma pasiva y con rotación semanal, a partir del día domingo a las 8 horas.

ROTACIONES

Los residentes de 1er. año de cirugía pasarán por:

- a) Recuperación y terapia intensiva;
- b) anestesia;
- c) anatomía patológica;
- d) sala general.

Los residentes de 1er. año rotatorio pasarán por:

- a) sala de recuperación y terapia intensiva;
- b) sala general.

Los residentes de 2º año pasarán por: sala general, ginecología, urología, traumatología, consultorio externo.

Los residentes de 3er. año pasarán por los equipos de: tórax, gastroenterología, cirugía general, servicio de guardia.

ACTIVIDAD EN LAS ROTACIONES. ANATOMÍA PATOLÓGICA, GINECOLOGÍA, UROLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Su actividad quedará a cargo de cada servicio, el que será responsable del plan de estudio y trabajo preestablecido.

Durante ese lapso estará bajo la dirección del jefe de dicho servicio y del jefe de residentes, mostrando espíritu de sacrificio y dedicación en el trabajo, para que su rotación sea efectiva no sólo para él, sino para el sistema, cumpliendo con los postulados enunciados en el prólogo.

Al término de este período, su actividad será evaluada integralmente y el concepto resultante emitido por cada servicio será elevado al Comité de Docencia e Investigación.

Asimismo cada residente, al finalizar su actividad en cada rotación, resumirá lo actuado por escrito al jefe de residentes de cirugía, detallando el trabajo realizado y consignando los detalles que crea más importantes.

MEDICINA Y CIRUGÍA DE URGENCIA

La permanencia del médico residente de 3er. año en este servicio será como cirujano en formación, por lo cual su plan de trabajo dependerá del jefe de dicho servicio, el que actuará con la colaboración del Comité de Docencia e Investigación.

Las guardias serán desde las 8 horas, día por medio y durarán 24 horas, luego de las cuales el residente actuará en el Servicio de Cirugía, de acuerdo con las funciones que se le asignen.

Durante las mañanas libres concurrirá a servicios especializados, a fin de completar su formación.

A tal efecto recibirá enseñanza y práctica de endoscopias, laboratorio y radiología, luego de las cuales hará un resumen de su actividad, que será presentado al jefe de residentes y al jefe del Servicio de Cirugía.

Concurrirá puntualmente a las reuniones de la tarde, y cursos que se dicten en el servicio, para lo cual notificará al Servicio de Guardia a fin de ser ubicado inmediatamente.

Su actividad será evaluada por el jefe del Servicio de Guardia en los conceptos de responsabilidad, puntualidad, relación con el enfermo, relación pública y capacidad.

Ateneo bibliográfico

Se realiza todos los sábados de 10.15 a 11.15 horas, de acuerdo con las sugerencias de los diversos equipos, en colaboración con el jefe de residentes.

Los residentes estarán a cargo de la presentación de la bibliografía que le corresponde consultar, siendo la misma de tipo informativo. Cada trabajo leído debe acompañarse de una ficha, donde se especificarán los autores, la abreviatura de la revista, volumen, página y año, seguida de un pequeño resumen

del trabajo. La ficha será entregada para su archivo, una vez finalizada la reunión.

Revista general de sala y reunión anatomoclínica

Se efectuará los miércoles a partir de las 8 horas en el aula con la presencia del jefe del servicio acompañado por los médicos de planta y del cuerpo de residentes sin excepción. El residente presentará cada caso en forma completa y breve, mostrando los estudios efectuados y el tratamiento. Contestará las preguntas en forma rápida y segura, para lo cual no sólo conocerá los enfermos a su cargo, sino todos los del servicio. De ahí que en cualquier momento reemplazará y podrá ser reemplazado por otro compañero, pues su patrimonio es todo el servicio y no un sector de éste. Finalizada la revista, concurrirá puntualmente a la reunión anatomoclínica, donde el jefe de residentes leerá la estadística semanal, comentando los enfermos internados, egresados y operados, su evolución y complicaciones, el número de fallecidos, las autopsias efectuadas y el promedio de internación.

A continuación, el caso del día será presentado por el residente que siguió la evolución del mismo. Esto implica una detallada preparación previa, debiendo establecerse el fin de la misma, el diagnóstico presuntivo y la causa de fallecimiento. Luego de los comentarios de los asistentes y el relato de la necropsia a cargo del Servicio de Anatomía Patológica, el residente volcará en la historia clínica todo lo dicho y dejará bien claro el diagnóstico final, las causas determinantes del fallecimiento y las causas concomitantes o diagnósticos secundarios.

La historia clínica debe ser restituida al archivo una vez finalizada la reunión.

Comité de Tumores

Su reunión se llevará a cabo los días sábados de 9 a 10 horas, donde cada miembro presentará el caso que le corresponde, para lo cual el residente a cargo del enfermo controlará si éste se encuentra en condiciones y la historia clínica completa. Su asistencia, como la del resto de los residentes, es obligatoria.

Deben quedar establecidas en la historia clínica las conclusiones del Comité y la conducta a seguir con el paciente.

CLASES

Su función es completar la información del médico residente. Tratarán temas médicos y de cultura general, quedando su ordenamiento y control a cargo del Comité de Docencia e Investigación.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA

Se realizará los lunes de 14 a 16 horas. Consistirá en disecciones de las regiones anatómicas asignadas a cada residente.

El residente en rotación por anatomía patológica será responsable de los detalles inherentes a este tipo de actividad, informando cualquier dificultad al jefe de residentes con la suficiente antelación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA EN ANIMALES

Se efectuará los días jueves de 14 a 17 horas, los residentes realizarán las operaciones bajo el control de los instructores y el jefe de residentes.

La anestesia estará a cargo del residente en rotación por ese servicio, quien además será responsable de la realización de este tipo de actividad. Informará al jefe de residentes cualquier dificultad.

MAYO

- | | | | |
|----|----------------------|----------------|-----------------------|
| 8 | Canalización venosa. | Traqueostomía. | Suturas intestinales. |
| 15 | Canalización venosa. | Traqueostomía. | Suturas intestinales. |
| 22 | Canalización venosa. | Traqueostomía. | Suturas intestinales. |
| 29 | Canalización venosa. | Traqueostomía. | Suturas intestinales. |

JUNIO

- 12 Colectectomía
- 19 Colectectomía
- 26 Colectectomía

JULIO

- 3 Colectectomía
- 10 Gastrectomía subtotal
- 17 Gastrectomía subtotal
- 24 Gastrectomía subtotal
- 31 Gastrectomía subtotal

AGOSTO

- 7 Gastrectomía total
- 14 Gastrectomía total
- 21 Gastrectomía total
- 28 Gastrectomía total

SETIEMBRE

- 4 Tiroidectomía
- 11 Tiroidectomía
- 18 Tiroidectomía
- 25 Tiroidectomía

OCTUBRE

- 2 Nefrectomía
- 9 Nefrectomía
- 16 Nefrectomía
- 23 Nefrectomía
- 30 Suturas arteriales

NOVIEMBRE

- 6 Suturas arteriales
- 13 Suturas arteriales
- 20 Suturas arteriales

DICIEMBRE

- 4 By pass aortofemoral
- 11 By pass aortofemoral
- 18 By pass aortofemoral

ENERO

- 8 Neumonectomía
- 15 Neumonectomía
- 22 Neumonectomía
- 29 Neumonectomía

FEBRERO

- 5 Lobectomía
- 12 Lobectomía
- 19 Lobectomía
- 26 Lobectomía

MARZO

- 5 Esofagectomía
- 12 Esofagectomía
- 19 Esofagectomía

ABRIL

- 2 Esofagectomía
- 9 Cirugía extracorpórea
- 16 Cirugía extracorpórea

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, O.: *Organización de la Residencia en Cirugía en el Hospital Militar Central*. Rev. Argent. de Cir., 11, 4, 167, 1966.
2. Asamblea del Claustro. Universidad de la República del Uruguay. *Enseñanza del Graduado. Régimen de residencias*. Solís, abril 1967.
3. Barrow, M. V.: *Medical Student Opinion of the house officer as a Medical Educator*. Medical Educ., 41, 807-10, 1966.
4. Belbey, J.: *Jornada sobre Residencias Hospitalarias*. Revista de la Asociación Médica Argentina, 74, 95, 1950.
5. Blalock, A.: *Los problemas de la formación del cirujano*. Anales de Cirugía, 9, 671, 1950.
6. Branch, C. D.: *Graduate Surgical Education in the Community Hospital*. American Medical Association. Archives of Surgery, 81, 21/173, 1960.
7. Brea, C. M.: *Residencias en Cirugía*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 78, 525, 1964.
8. Brea, M. J.: *Cirugía de Urgencia y Servicios de Guardia*. El Día Médico, pág. 436, 1963.
9. Brea, M. J.: *Conferencia Inaugural de la IV Cátedra de Clínica Quirúrgica*. El Día Médico, pág. 1597, 1957.
10. Brea, M. J.: *Comité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina*. 76, 351, 1962.
11. Brea, M. J.: *El Sistema de los Médicos Residentes*. Rev. Argent. de Cir., 1, 2, 1960.
12. Brea, M. J.: *Residencias en Cirugía*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 76, 11, 577, 1962.
13. Brea, M. J.: *Residencias en Cirugía*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 78, 393, 1964.
14. Brea, M. J.: *Residencias Hospitalarias*. Cuarto Congreso de Educación Médica. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 80, 635, 1963.
15. Brea, M. J.: *Residencias Hospitalarias. Aspectos Educativos y Profesionales*. El Día Médico, pág. 82, 1963.
16. Campana, J. M.: *Reflexiones acerca del futuro del Residente en la Argentina*. Rev. Argentina de Cirugía, 19, 20, 1970.
17. Caprile, A., Criscuolo, G., Esteva, H., Giaroli, A., Rodríguez, M.: *Panorama de la Residencia Médica Universitaria en la Argentina*. Congreso Latino Americano de Médicos Residentes Universitarios. Bogotá (Colombia), enero 20, 1971.
18. Cassey, J. H.: *¿El actual entrenamiento de graduado en Cirugía, resulta adecuado para las necesidades del cirujano moderno?* Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, diciembre de 1967.
19. Cornejo Saravia, J.: *Informe sobre el Concurso Unificado*. CONAREME, 1971.
20. Comité Permanente de Educación Médica: *El sistema de residencias hospitalarias*. Rev. de la Asoc. Méd. Argentina, 75, 456, 1961.
21. Consejo Nacional de Residentes Médicos (CONAREME): Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. R. M. 622 y R. M. 683/1967.
22. Curto, O. C.: *Posibilidades Futuras del Residente en Cirugía*. Rev. Argent. de Cirugía, 19: 17, 1970.
23. Del Carril, M. M.: *Metodología de la enseñanza para Residentes*. Rev. de la Asoc. Médica Argent., 78, 7, 388, 1964.
24. *Evaluación de las Residencias Hospitalarias*. El Día Médico, junio de 1969.
25. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. Dto. de Graduados. *Reglamento Gral. de la Residencia Médica Hospitalaria Universitaria*. Resol. 4861/1969.
26. Ferreira, J. A.: *Discusión sobre Responsabilidad del Jefe de Servicio de Cirugía*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 51, 15, 247, 1967.

27. Ferreira, J. A.: *Reflexiones sobre algunos aspectos formativos de una Residencia Quirúrgica*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 551, 1, 7, 1971.
28. Flexner, A.: *Medical Education in the United States and Canada: A report to Cornegie Foundation for the advancement of teaching*. New York, 1910.
29. Firmat, J.: V Jornadas de Residencias Médicas. Asoc. Méd. Arg., 20 dic. 1969.
30. *Fundamental Requirements for Graduate Education in Surgery*. Bulletin of the American College of Surgeons. Sep., Oct. 1968.
31. Grenn, F.: *Simposio sobre preparación para graduados en Cirugía. Antecedentes y estado actual de la preparación quirúrgica de graduados*. Anales de Cirugía, 7, 887, 1960.
32. González Aguilar, O., Fefer, E., Vacas, J. L.: *Importancia de la Sala de Restablecimiento Postoperatorio y su valor en la Educación Médico-Quirúrgica*. El Día Médico, pág. 440, 1966.
33. Grandí, A.: *Residencias Hospitalarias: el Jefe de Residentes*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 80, 238, 1966.
34. Grandí, A.: *Aspectos Metodológicos de una Residencia Quirúrgica*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. Aires, 50, 3, 65, 1966.
35. Grandí, A.: *Futuro del Residente*. Rev. Argent. de Cir., 19, 6, 1970.
36. Grandí, A.: *La entrevista personal en la valoración de los candidatos a integrar Residencias Médicas*. Bol. y Trab. Soc. de Cir. de Bs. Aires, 29, 10, 237, 1970.
37. Halsted, W. S.: *The training of the Surgeon in Surgical papers*. The Johns Hopkin Press: Baltimore, Maryland, vol. II, 512-531, 1924.
38. Hardy, J. D.: *The Surgical Teacher's Responsibility in the Training of the Modern Surgeon*. Surgery, 60, 6, 1289, 1966.
39. Horsley, G. W.: *Entrenamiento de Residentes en los Hospitales Privados*. Anales de Cirugía, pág. 982, 1960.
40. Hunnicutt, A. J.: *Resident Education in Our Changing Times*. Archives of Surgery, 92, 445, 1966.
41. Introzzi, A. R.: *Situación institucional del ex-Residente de Cirugía*. Rev. Argent. de Cir., 19, 1-2, 1970.
42. Lange, W.: *Porvenir del cirujano al término de su Residencia*. Rev. Argent. de Cir., 19, 25, 1970.
43. Luzuy, M.: 92.000 étudiants en Médecine en 1970... *L'inondation*. La Presse Medicale, 78, 437, 1970.
44. Loyúdice, F.; Beveraggi, M. y otros: *Residencias en Cirugía en un Hospital Privado*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. Aires, 51, 339, 1967.
45. Mammoni, O. H.: *Implantación del sistema de residencias en Cirugía General en el Sanatorio Argentino de La Plata*. 1968.
46. Manrique, J.: *Responsabilidad de un Jefe de Servicio en una Residencia de Cirugía*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. Aires.
47. Manrique, J.: *Estado actual de las residencias hospitalarias en la Argentina*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 77, 396, 1963.
48. Manrique, J.: *Futuro del Residente*. Rev. Argent. de Cir., 19, 23, 1970.
49. Mazure, P. A., Dr. Bernardo A. Houssay y R. P. Rafael López Jordán y otros: *Principios Morales de la Investigación Médica*. Rev. de la Asoc. Méd. Argent., 76, 338, 1962.
50. Mazzei, E.: *El derecho humano a la Medicina*. Prensa Méd. Argent., 59, 358, 1972.
51. Mildwidsky, H.: *Aspectos cambiantes de la Instrucción Quirúrgica*. The American Journal of Surgery, 117, 3, 310, 1969.
52. *Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública*. República Argentina. Escuela de Salud Pública. "Residencia Hospitalaria". 1961.
53. Oliveri, L. F.: *Resultados de una encuesta a los ex-Residentes radicados en el interior*. Rev. Argent. de Cir., 19, 1-2, 1970.
54. Ortega y Gasset, J.: *Misión de la Universidad*. Espasa Calpe, 1965.
55. Pardal Morete, M. L. y Couceiro, A.: *Temas sobre educación superior en Medicina*. Semana Méd., 137, 29, 1011, 1970.
56. Penin, R. P.: *Discusión sobre Aspectos Metodológicos de una Residencia*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 50, 3, 65, 1966.
57. Perino, F. R.: *La sistematización quirúrgica. Las residencias hospitalarias como sistema educativo-asistencial*. El Día Médico, pág. 918, 1962.
58. Radvin, S., Ellison, H. E.: *Training in Phisyology during a Special Residency*. Surgery, 55, 4, 602, 1964.
59. *Reglamento General de la Residencia Hospitalaria Universitaria*. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Argentina, 1970.
60. Rehault Mareel: *Union Medicale du Canada*, 95, 187, 1966.

61. Richards, V.: *Surgical Education with full. Paying Patients*. The American Journal of Surgery, 121, 217, 1971.
62. Sanguinetti, F. A., Cornejo Saravia, J.: *Organización de Médicos Residentes en Cirugía*. El Día Médico, pág. 1014, 1960.
63. Sanguinetti, F. A.: *Residencias e Investigación*. Rev. Argent. de Cir., 19: 10, 1970.
64. Santas, A. A.: *Función de la Residencia en la formación del Médico*. Rev. Argent. de Cir., 10, 43, 1966.
65. Santas, A. A.: *Formación del Cirujano*. Rev. Argent. de Cir., IV, 276, 1962.
66. Santas, A. A.: *Organización y planeamiento de un Servicio de Cirugía*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 51, 1967.
67. Santas, A. A.: *La Formación Moderna del Médico Argentino*. El Día Médico, XL, 741, 1968.
68. Saunders, R. H.: *A study of the programs of 27 Mays Teaching Hospitals*. Journal Med. Educ., 36: 561-676, 1961.
69. Sappol, G. M.: *The surgeons responsibility in the education and training of residents*. Surgery, Gynecology & Obstetrics, pág. 836.
70. Sedlacek, W. E.: *Attitudes of Residents Toward their Complex Role in Medical Education*. Journal Med. Education, 43, 345, 1968.
71. *Segunda Jornada sobre Residencias Hospitalarias. Informaciones Generales*. El Día Médico. Suplemento informativo, pág. II, enero de 1961.
72. Shapiro, I.: *Doctor means Teacher*. Journal Med. Educ., 26: 125-129, 1951.
73. Smyth, C. M.: *El contenido educacional en los años de enseñanza quirúrgica*. Anales de Cirugía, 10, 1228, 1951.
74. Special Editorial Feature: *What Are the Qualities and Characteristics you look in your applicants for Surgical Residencia?* International Surgery, 48, 205 1967.
75. Uriburu, J.: *Nuevo enfoque de la Educación Médica y de la Enseñanza de la Cirugía en EE. UU.* Prensa Méd. Argent., 56, 10, 417, 1969.
76. Wangenstein: *Clinicas Quirúrgicas de Norte América*. Diciembre de 1967.
77. Welbourn, R. B.: *The training and Education of a Surgeon* Proceedings of the Royal Society of Medicine. 59, 10, 934, 1966.
78. Welsh, P. y Rosas, G.: *Enseñanza de la Cirugía Vascul ar en un programa de Residencia en Cirugía General*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 55, 7, 154, 1971.
79. Werner Correlí: *El aprender*. Ed. Herder. Barcelona. 54, 1969.
80. Yódice, A.: *Residencias quirúrgicas: cómo evitar sus riesgos*. Médico Moderno, pág. 120, 1969.
81. Zavaleta, D. E.: *Discusión sobre Responsabilidad del Jefe de Servicio en una Residencia de Cirugía*. Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As., 51, 15, 251, 1967.