

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. ZAVALA

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 EN EL GRADUADO

SU EDUCACION CONTINUA

Por EL DOCTOR OSCAR L. AGUILAR

“Os orientais a la cirugía; para tener éxito o, al menos, para lograr una carrera honesta y estable hay que tener condiciones múltiples, a saber: aptitudes, una formación técnica, una gran instrucción, tenida al día por una labor constante, el respeto de las obligaciones morales que rigen nuestro estado y le confieren su alto valor social”.

FORGUE.

CAPITULO I

PREFACIO

El tener a cargo un relato en el Congreso Argentino de Cirugía significa para todo cirujano argentino una de las más altas distinciones honoríficas que pueda obtener durante el desarrollo de su vida profesional.

Asumimos la gran responsabilidad que significa aceptar tal designación, con plena conciencia de que expondremos nuestra experiencia personal sobre el tema elegido, con la realidad y crudeza que las circunstancias así nos exigen.

El acierto de las autoridades de la Comisión Directiva en la elección por primera vez de un tema netamente vinculado a la Educación Médica nos de-

muestra la evolución progresiva del pensamiento de los cirujanos de hoy que ven a través del proceso del aprendizaje, el logro de mayores beneficios al brindar la mejor calidad en la atención médica a nuestros semejantes.

Esto nos obliga a ser sinceros. Simplemente queremos exponer nuestros puntos de vista ante una realidad que merece un análisis profundo y que, con criterio puramente constructivo, viene siendo objeto de discusión en todos los países del mundo; todo en pos de un cambio progresivo de métodos y sistemas, para ir adaptando las reales necesidades formativas del médico al progreso de la evolución científica y de los co-

nocimientos, lo que por momentos nos abruma y a ratos nos supera.

Exponer estos conceptos ante los que se inician en el campo de la cirugía, ante nuestros pares y colegas, y ante nuestros maestros, de quienes recibimos gran parte de lo que hoy poseemos en nuestra formación quirúrgica, nos anima y da las fuerzas necesarias para la realización del presente relato.

Por todo lo expuesto agradecemos a las autoridades de la Asociación Argentina de Cirugía la confianza y fe puesta en nosotros y hacemos votos de esperanza para que el presente relato corresponda enteramente a lo que se nos ha pedido; en él hemos puesto nuestro mayor empeño, como una modesta pero franca contribución a la grandeza de la cirugía argentina, a través de la Educación Médica de sus integrantes.

El siglo XIX puede considerarse como decisivo en el progreso científico y evolución de la cirugía. Los presentes en aquel famoso 16 de octubre de 1846, en el Anfiteatro del Massachusetts General Hospital en Boston, quizá ya vislumbraron lo que con los años constituyó la base de toda intervención quirúrgica. Fueron así testigos del nacimiento del arte de producir insensibilidad al dolor, inhalando gases.

Dijo Bertrand-Gosset⁴⁴: "La historia de la cirugía es la historia del siglo pasado. Comienza en 1846 con el descubrimiento de la anestesia y la posibilidad de operar sin dolor. Todo lo sucedido antes es una noche de ignorancia, de tortura, y un querer infructuoso en la oscuridad. La historia del siglo pasado, a pesar de todo, despliega ante nosotros la visión más grandemente conocida por la humanidad".

Qué dirían aquellos que vieron la primera ovariectomía en manos de Thomas Spencer Wells³ (1818-1897), en el 1858. ¿Se imaginarían que con ellos se iniciaba la época de las laparotomías? ¿Y de Friederich Trendelenburg (1844-1924), cirujano berlinés, cuya famosa "posición" favorecería enormemente las operaciones pélvicas? Y en 1867, el año que marca otro tiempo de la cirugía, cuando José Jackson Lister publica en "The Lancet" su primera monografía sobre la antisepsia, dando las bases teóricas, prácticas y bacteriológicas, basadas en los estudios de Louis Pasteur⁴⁸. Y sus continuadores: Billroth, Volkmann, Horsley, Paul, Mikulicz, Moynihan, Halsted y tantos otros que establecieron indicaciones quirúrgicas, formularon tácticas y técnicas operatorias y crearon un sinnúmero de instrumental de cirugía.

Mientras tanto, alrededor de cada uno de ellos se creaban centros quirúrgicos de enseñanza de la cirugía, adonde iban los cirujanos de todo el mundo en búsqueda de más conocimientos, y ellos se preparaban así lentamente, para pasar de la era antiséptica

a ese otro período que culmina con la época, que fue la asepsia.

A partir de entonces con el advenimiento del nuevo siglo, y sobre las bases del nacimiento de la fisiología científica con Claude Bernard y Johannes Müller, y de la patología celular con Virchow, la cirugía comienza otra época. El cirujano se transforma en un ser con optimismo apasionado y seguro de sí mismo, porque el siglo XX le ofrece sus descubrimientos, sus avances tecnológicos y su evolución científica, colocándolo así en la cúspide de las Ciencias Médicas, desde donde vislumbra el valle fértil sembrado por sus antepasados y un lejano horizonte promisorio, que para alcanzarlo necesitará de todas sus fuerzas, con el cambio constante de sus actitudes y el desarrollo de sus habilidades y destrezas técnicas.

Si bien la enseñanza de la cirugía siempre se llevó a cabo, recién en este siglo que vivimos comienza a ser motivo de especial interés.

La creación de centros quirúrgicos de excelencia tiene un doble fin: el asistencial y el docente. En ellos surge la figura del maestro, y los principiantes atraídos por el brillo de su bisturí asoman sus ojos ante el esplendor de quien les enseña y dedican gran parte de su vida a su lado, primero observando, luego ayudando y finalmente operando.

Esta tríada educacional en la formación del cirujano se mantiene imperturbable con los años y de ninguna manera es alterada en su cronología. Son etapas que se suceden una a continuación de otra, y las tres son partes de todo un proceso.

Lo más difícil es saber cuándo se debe pasar de una a otra, y es allí cuando la sabiduría del que enseña debe decidir. Decisión que para tomarla hace que él conozca muy bien a su educando, y para ello deben convivir en la labor diaria hospitalaria.

Fue sobre esas bases que a fines del siglo pasado se produjo un cambio brusco en la enseñanza del graduado. Por acción de Halsted, profesor de cirugía de John Hopkins Medical School de Baltimore, se crea un sistema de enseñanza de la cirugía⁴⁴ en principiantes que residían en el hospital, y por ello se los llamó "residentes". Con una metodología especial que se basó en la capacitación en servicio activo, con régimen de trabajo con dedicación exclusiva, enseñanza programada y supervisada, y delegación progresiva de responsabilidad en los actos médico-quirúrgicos.

Este sistema hizo que en pocos pero intensos años se formase un cirujano completo, de experiencia, con conocimientos suficientes para hacerlo apto en el desempeño responsable de la cirugía general.

Luego del informe Flexner en 1910, con el cual se clausuraron varias Escuelas de Medicina y con el correr de los años, la "Residencia" se expandió por

todo el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica, afianzándose cada vez más sobre sus sólidas bases educacionales e imponiéndose a tal punto, que hoy se lo considera en el gran país del Norte como el único medio de especialización profesional.

El procedimiento se importó posteriormente a Latinoamérica, y en 1957 se lo implanta en nuestro país, siendo la primera Residencia en cirugía, debidamente constituida, la que se crea en el Hospital Durand, III Cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo del profesor doctor Mario M. J. Brea.

Este sistema de enseñanza del graduado fue una verdadera revolución en lo que a pedagogía médica se refiere.

El Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME)¹⁰ la definió 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 plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal, adecuadamente supervisada, de los actos médicos de progresiva complejidad y responsabilidad".

Como se ve, las bases y los objetivos de las Residencias han sido perfectamente definidos en nuestro país, y día a día el sistema se expande cada vez más por todas partes, siendo sus programas evaluados periódicamente por la autoridad competente.

Habría mucho más que decir al respecto, pero como el tema no compete al presente relato nos ocuparemos de la continuidad en la formación del cirujano.

Es evidente que cualquiera sea el sistema educacional adoptado por el profesional (formación a través de varios años de Residencia o asistencia a un servicio de cirugía como médico concurrente), éste, para denominarse cirujano deberá afrontar la vida y resolver los problemas que la demanda de atención médica le exija, ya sea en el medio estatal, paraestatal (obras sociales) o privado en que le tocara actuar.

Es allí donde comienza otra etapa a cumplir después de su graduación y capacitación quirúrgica. Esta etapa que termina con el fin de la vida profesional es la que realmente nos ocupa en este relato y a la que damos una importancia fundamental, pues constituye la continuación de su formación quirúrgica en la vida profesional, que tiene así características permanentes.

Si la educación continuada la consideramos como una actitud del hombre frente a la vida y a la evolu-

ción de los conocimientos, y como un proceso que forma parte de la misma vida, la del médico es continua y comienza con su ingreso a la Facultad de Medicina. La del cirujano tiene como punto de partida el momento en que ingresa a un servicio de la especialidad a aprenderla, si a continuación se lo declara apto o él se siente competente a ejercer la cirugía, como fruto de una capacitación especial a la que llegó a través del aprendizaje de métodos, técnicas y adquisición de hábitos, y por una enseñanza dirigida. Pues bien, a partir de ese momento en que se enfrenta con la realidad sanitaria y social del medio en que le toca actuar, hasta su retiro profesional efectivo constituye la etapa de *educación continua propiamente dicha del cirujano*, como un especialista.

Resulta sumamente difícil establecer límites netos entre una etapa y otra en el proceso de la formación permanente del cirujano. Pero sí queda bien establecido que el médico una vez graduado al ingresar en un hospital se diferencia inmediatamente según el servicio en donde su vocación o las circunstancias le hacen actuar. Si su vocación natural lo ha hecho optar por el vasto campo de la cirugía, evidentemente toda la información que él recibirá desde sus comienzos se sectorizarán en el "arte y dominio de la clínica y técnica quirúrgica". Esta transición desde su graduación hasta su ingreso a un servicio quirúrgico marca un límite: *el ingreso a su especialización*. Y el lapso que media entre la finalización de su adiestramiento quirúrgico con la certificación de aptitud para ejercer la cirugía (en el caso de la residencia) y el comienzo de su vida profesional (práctica médica privada o ingreso a una carrera médica como especialista) marcarían otro límite en la formación del graduado. Límite que inicia esa etapa, para lo cual se requiere desarrollar una actitud mental que lo haga *receptible a su educación continua propiamente dicha*, con la ayuda de la actualización, el perfeccionamiento constante y la experiencia personal adquirida.

El mayor problema lo vemos en todos aquellos casos en que los profesionales no se han capacitado por el sistema de Residencias Médicas. En estos casos que en el país son la mayoría, nos preguntamos cómo definir este límite y qué autoridad competente certifica su aptitud profesional.

La Ley N° 17.132²⁹ que fija normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, dice en el artículo 21°, que habla de los especialistas médicos: "Para emplear el título de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar algunas de las condiciones siguientes:

- a) Ser profesional universitario en la materia.
- b) Poseer título de especialista o de capacitación

especializada otorgado por la Universidad Nacional o Universidad Privada y habilitado por el Estado Nacional.

- e) Poseer título de "especialista" otorgado por el Colegio o Sociedad Médica reconocida de la especialidad y siempre que tales entidades hagan cumplir las siguientes exigencias: acreditar antigüedad en el ejercicio de la especialidad, valoración de los títulos, antecedentes y trabajos y examen teórico práctico. En cada caso la Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones mínimas que exigirá para el reconocimiento de tales títulos.
- d) Poseer certificado de "especialista" otorgado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, previa certificación de antigüedad de cinco (5) años en el ejercicio de la especialidad en servicios hospitalarios aprobados y previamente reconocidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública".

Si bien este artículo no está hasta el presente puesto en práctica en todos los casos, el cumplimiento de los requisitos que establece nos indicaría cuál es el momento en que se lo certifica apto para el ejercicio de la práctica quirúrgica.

Pero mientras tanto algunos colegios médicos provinciales que ejercen el control de la matrícula ya establecen un determinado número de años de concurrencia a un servicio de la especialidad para acreditarlo como tal. En otros lugares donde no hay jurisprudencia al respecto, esto queda supeditado a la conciencia del cirujano y su sentido de responsabilidad médica.

Como un hecho positivo a este problema podríamos decir que en el año 1971 la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, encargó a una comisión mixta designada por Resolución N° 267/71 y que tuvimos la oportunidad de integrarla, la normalización del establecimiento de criterios uniformes para obtener certificados de especialistas en medicina, que acrediten la capacitación del profesional que lo ostenta, haciendo hincapié en sus considerandos, que para el ejercicio de una especialidad médica se requiere un adiestramiento y capacitación permanente.

Esta comisión definió además lo que es una especialidad médica y lo que significa ser un especialista, elaborando un informe que se encuentra a consideración de la superioridad, en el momento de escribir el presente relato.

Lo que sí podemos afirmar es que cualquiera que sea la forma conducente a acreditar a un profesional la certificación de especialista en cirugía en el futuro, el mecanismo deberá ser siempre a través de un programa educacional, debidamente programado, supervisado y evaluado, donde el adiestramiento en servicio debe ser su componente esencial.

Si los responsables directos de esta enseñanza inculcaran a sus educandos, no sólo conocimientos, hábitos y destrezas técnicas que la profesión así lo exige, sino que además desarrollaran en él una actividad positiva de *educación permanente* frente a los cambios y a la evolución progresiva de los hechos científicos que se suceden día a día, podrán sentirse orgullosos de haber ganado para su patria, para su profesión y para sus habitantes el cirujano que el país necesita.

CAPITULO II

EVOLUCION HISTORICA DE LA CIRUGIA

Los orígenes de la cirugía se remontan como toda la historia a la región del sureste del Mediterráneo, en el valle del Nilo, y en la Mesopotamia, con las civilizaciones egipcia y sumeria.

En Egipto la medicina de ese entonces era mágica, mística y sacerdotal. Hacia la tercera dinastía, en tiempos del rey Zoser, nace Imhotep, sabio, médico y sacerdote a quien se lo considera como fundador de la medicina.

Ya en ese entonces a los médicos se les enseñaba la práctica médica; y sea en Menfis o en Tebas, eran sacerdotes que se dividían en tres grupos: el médico, el cirujano y el exorcizador. La práctica de la momificación, realizada desde la II dinastía, había dado ciertos conocimientos de la anatomía, aunque sabemos por Herodoto y Diodoro que aquellos que la practicaban pertenecían a una casta de artesanos que no tenían en cuenta el aspecto científico.

Los sumerios, primeros habitantes de Caldea, que procedían de las mesetas del Irán, ejercían una medicina empírica denominada teúrgica.

Los descubrimientos de J. de Morgan en las excavaciones de Susa en el año 1901, nos ofrecen un bloque diorita que fue traducido por el padre U. Shell, que contenía el Código de Hammurabi (2.200 a.C.). Esta era una ley importante, en uno de cuyos textos figuran las penas legales que se aplicaban al cirujano que había cometido un error.

La cirugía mesopotámica no alcanzó mayores adelantos, ya que a aquel que se equivocaba se le aplicaban fuertes multas o penas terribles, como el hecho de cortarle las manos.

En la India aparece el Susruta, obra de medicina que habla de anatomía y enumera una serie de instrumentos que debe usar el cirujano, a la vez que

nos dice la manera cómo debe éste educarse y conducirse.

El cirujano indio pertenecía a la casta Vaidya y conocía la forma de extirpar amígdalas, tumores superficiales, fístulas de anos, curar fracturas y luxaciones y abrir abscesos. Adquirieron gran capacidad en operaciones plásticas de cara (rinoplastia indiana) y en tallas vesicales por litiasis.

Era evidente que en la India la cirugía se encontraba en un período evolutivo y estaba mucho más adelantada que en otros países.

En Grecia, la medicina comienza, como en todos los pueblos de la antigüedad, con el aspecto mágico y teúrgico que la caracterizaba.

Por Homero y sus poemas sabemos que las heridas de guerra eran curadas por los propios camaradas.

Esculapio, hijo mitológico de Apolo, fue el dios de la medicina; su sombra sagrada hizo que florecieran escuelas médicas en los templos dedicados a su consagración. De éstas, la de Cos fue el hogar de Hipócrates, nacido en el año 460 a. C. y considerado como el "médico más célebre de todos los tiempos".

En esos años los conocimientos anatómicos eran solamente externos, pues tocar un cadáver era considerado un sacrilegio. Las obras escritas por Hipócrates en el más puro dialecto jónico compendian toda la sabiduría, acumulada en lo que se llamó "Corpus Hippocraticum".

Los educados en Cos sabían muy bien indicar y realizar la trepanación, reseca hemorroides, abrir el embiema torácico y reducir luxaciones y fracturas.

En los comienzos de la vida en Roma, la cirugía, al igual que la medicina, se encontraba "en estado embrionario". Esto duró mucho tiempo y se prolongó

durante la época de los reyes hasta las postrimerías de la República.

A pesar de ser un pueblo guerrero, en sus filas no había cirujanos militares.

Resulta curioso como no aprovecharon la erudición de los griegos; posiblemente la causa fue que los dirigentes en la República sentían desprecio por sus refinamientos.

Fue así como la clase médica tuvo en Roma una posición social baja, a diferencia de Egipto donde por primera vez existió la especialización y el cirujano era un sacerdote; siendo en Grecia un hombre libre y respetado por todos.

Resulta así que muchos médicos romanos fueron esclavos, pues su labor era considerada denigrante.

Aulus Cornelius Celso, que vivió en los principios de la era cristiana, no era médico. Fue un erudito que dejó un tratado de enseñanza de la medicina, y en los libros 7 y 8 estudia detenidamente las enfermedades, aportando todo lo enseñado por las escuelas quirúrgicas, y en especial de la de Alejandría.

Posteriormente, los médicos griegos comienzan a emigrar a Roma, pues parecía ser que allí podían vivir mejor y enriquecerse.

Los primeros en emigrar fueron Aclipiades de Prusa, Temison de Laodicea, Areto y Scranes, etcétera. La influencia de ellos comenzó a cambiar el sentido de la medicina en esa gran ciudad.

En el Islam, la situación no fue diferente. Los musulmanes consideraban a la cirugía como una disciplina menor.

Avenzoar, uno de los más ilustres médicos de la civilización islámica, se caracterizó por sus luchas contra la cirugía. Los árabes definieron y dividieron a los que ejercían la medicina en 2 grupos: los médicos y los cirujanos. Fueron los cirujanos árabes, y en especial uno de ellos llamado Abul-Kasein, los que preconizaron el uso del aceite hirviendo y el cauterio en el tratamiento de las heridas.

En la Edad Media, y con la creación de las primeras universidades europeas, comienzan a formarse médicos a través de una enseñanza de tipo escolástico. Los hechos no se comprobaban, si no se admitía lo que decían los textos clásicos. La primera facultad de medicina que tuvo importancia fue la de Salerno, y allí se otorgó por primera vez el título de "doctor en medicina". En Francia resurgían las de las universidades de París y Montpellier; y así otras en distintos lugares del viejo mundo que concentraban en su seno los focos máximos del saber.

En muchas de ellas, el espíritu de desprecio a los actos manuales los inducía a hacer jurar a los candidatos que concurrían a obtener la licencia en medicina, que "no era cirujano y que no operaría" (*cum ferro et igne*).

Era así como los cirujanos y los médicos estaban divididos, a tal punto que aquéllos eran considerados legos, pero dentro de los primeros había un grupo que se consideraban maestros (usaban toga y hablaban latín).

Entre las publicaciones de cirugía más interesantes de la época está la de Gerónimo Brunshwig, en Estrasburgo, en 1497⁴⁸.

Practicaban operaciones de hernia, fistulas de ano y plásticas, corriendo el albur de que si el enfermo moría, ellos podían dejar la vida por orden del señor feudal.

Así y todo hay tres tipos de intervenciones medicinales que pueden considerarse famosas. En primer lugar, encontramos las que hicieron San Cosme y San Damián, que aplicaron la pierna de un cadáver a un cristiano que la había perdido (en el Museo de Pisa se encuentra la representación pictórica del hecho).

En segundo lugar, lo sucedido en el año 1194, cuando un cirujano le coloca un veso a la pierna fracturada del duque Leopoldo de Austria, con el fin de esperar la gangrena para luego amputarla y no tener así hemorragia. Y la practicada al marqués Aldo von Rochlitz und Grotz, que por el año 1190 pidió a un cirujano que le extirpara la grasa abdominal para poder montar a caballo y acompañar al emperador Enrique VI, y que luego moriría a consecuencia del acto operatorio.

Si bien la Edad Media había poseído algunas certezas, "también había encontrado la verdad, todas las verdades, en los libros sagrados interpretados por la razón", según dice Andre Maurois³⁴ en su libro sobre "La Historia de Francia", y luego "saliendo de esa espesa noche gótica —al decir de Rabelais—, nuestros ojos se han abierto a la única antorcha del Sol", refiriéndose a la entrada del Renacimiento: a lo que Maurois contesta "que la noche no había sido ni espesa ni gótica, pero el esplendor del verano hacía olvidar las bellezas de la primavera del espíritu".

Y con esta última frase entramos en el siglo XVI. Grandes artistas como Leonardo Da Vinci y Miguel Angel son inducidos a estudiar la mecánica, la geometría descriptiva y la anatomía, por razones de trabajo. En 1545, Andrés Vesalio enseña que para aprender el oficio de cirujano conviene diseccionar un cadáver en lugar de leer libros antiguos. Corrige los errores de Galeno y despierta en los artistas de la época el culto a la belleza helénica.

Son dos los acontecimientos más importantes para el desarrollo de la medicina que ocurren en esta época. En primer lugar, la creación de la anatomía y en segundo, el conocimiento de la sífilis.

Andrés Vesalio, nacido en Bruselas en 1514, profesor de anatomía en la Universidad de Padua, pu-

blica a los 43 años de edad "De Humanis Corporis Fabrica libri septum", tratado de anatomía que abre así una gran brecha a los conocimientos anatómicos que servirán de base a la cirugía.

A su obra se adhieren Falopio, Fabricio, Varolio, Aranzio, etcétera, y se difunde por el mundo entero.

En 1578, nace en Folkestone, Inglaterra, Guillermo Harvey. Educado en Cambridge y Padua, obtiene el título de médico y viaja luego a Londres donde se radica, trabajando en el hospital San Bartolomé. Sus investigaciones sobre los conocimientos del corazón y la sangre lo inducen a publicar en 1628 "Exercitatio anatomica de mortu cordis et sanguinis in animalibus". Obra maestra y revolucionaria, que si bien revitaliza algunas de las concepciones de Miguel Servet (1509-1553), abre los ojos del mundo médico, unificando el concepto de la circulación de la sangre.

Este es el siglo en que la cirugía francesa tiene a su padre: Ambrosio Paré (1509-1590), "príncipe de los cirujanos y cirujano de príncipes", como se lo llamó. Fue el creador de operaciones. Cambió un tipo de cirugía primitiva por otra más útil y más humana. Tuvo un adiestramiento intensivo en los campos de batalla, curando a heridos. Allí fue donde modificó el procedimiento enseñado por Juan de Vigo, médico de Julio II, para tratar las heridas de guerra, cambiando el aceite hirviendo por el método suave. Si bien fue él en sus crígenes un "barbier chirurgien", ha sido el inventor de la técnica de la herniotomía, la ligadura vascular y creador de un sinnúmero de instrumentos de cirugía. Transmitió sus conocimientos al mundo entero a través de sus "Obras completas".

Paré fue un hombre de una gran modestia; tenía en la obra mágica de la naturaleza su gran apoyo, y en Dios a su maestro "Je le pansay et Dieu le guarist" (yo lo vendé y Dios lo curó), fue su lema durante toda la vida.³⁰

Fue el Renacimiento una época de los primeros grandes descubrimientos, que dieron base a futuras concepciones en materia médica. El célebre aforismo hipocrático de origen hindú, que decía: "Lo que la medicina no cura, lo cura el hierro; lo que no cura el hierro lo cura el fuego, pero lo que no cura el fuego se debe considerar incurable", sería destruido por el uso de la razón, de la experiencia y la observación.

A partir de entonces, la evolución de la cirugía no tuvo mayores adelantos, excepto los descubrimientos anatómicos de Gabriel Falopio (1523-1562) acerca de las trompas, ovarios y ligamentos redondos, los nervios trigémino, glossofaríngeo y auditivo. Thomas Wharton (1614-1673) sobre el conducto de drenaje de la submaxilar, y James Syme (1799-1870), pro-

fesor de clínica quirúrgica de la Universidad de Edimburgo, que brinda al mundo médico su técnica para la desarticulación del pie.

Sin mayores cambios entramos al siglo XIX, en el que cirujanos como John Hunter, Koeberlé, Lawson-Tait, Spencer Wells, Chausaignac, Maissonneuve, y otros tantos famosos por su dedicación quirúrgica, ven cómo sus enfermos mueren de "podredumbre de hospital". Efectivamente la erisipela, el tétanos y la septicemia causaban estragos en los servicios hospitalarios. El cirujano vivió durante esta primera parte del siglo XIX víctima de un complejo de inferioridad.

Recién en 1846, cuando John Collins Warren, decano de los cirujanos del Massachusetts General Hospital de Boston, opera a un enfermo a quien el dentista William Morton le suministra éter, se inicia un cambio radical de la cirugía.

Manford nos dice: "Antes del descubrimiento de la anestesia, las intervenciones quirúrgicas eran horribles, un infierno para el enfermo y un purgatorio para el cirujano"⁴⁴.

La nueva época nos ha traído cambios fundamentales. Koeberlé de Estrasburgo descubre la forcipresión en 1864; sir Thomas Spencer Wells (1818-1897) crea la pinza hemostática y en 1858 realiza la ovariectomía; Friederich Von Esmarch (1823-1908) escribe su libro sobre heridas de guerra, y Friederich Trendelenburg (1844-1924) crea la embolectomía pulmonar y la posición que lo hizo famoso para las operaciones pélvicas.

Charles Mc Burney (1845-1913)³ descubre el "punto apendicular" y lo publica en un artículo del "New York Medical Journal" en 1889. Frank Thomas Paul (1851-1941) crea la colectomía por carcinoma de colon, al mismo tiempo que Mikulicz describe una técnica similar. Se la llamó operación de Paul-Mikulicz, publicada en 1903 en el "Liverpool Medical Chirurgical Journal". Sir Victor Horsley (1857-1916) funda la neurocirugía moderna y crea la cera antiséptica para controlar hemorragias de los huesos craneales. Eugene Louis Doyen (1859-1916), primero en usar la cinematografía en la enseñanza de la cirugía, crea instrumentos y es autor de un libro de cirugía.

Fueron muchos otros los cirujanos que descollaron en todo el mundo durante los últimos 50 años del siglo pasado por su contribución al progreso de la cirugía.

Pero otro verdadero cambio se produjo en 1867, cuando José Jackson Lister publica su primera monografía sobre el descubrimiento de la antisepsia.

Evidentemente, entre 1846 y 1905, se dictan las normas quirúrgicas básicas, sobre las que, con las modificaciones naturales, el agregado de la asepsia y las intervenciones programadas se sigue trabajando hasta la fecha.

La cirugía visceral tiene así sus pioneros. Nombres como el de Billroth son parte de la historia misma. En 1881 realiza en Viena la primera gastrectomía, ayudado por Mikulicz y Wölfler.

Nombres como el de Lane, Lord Moynihan, Von Bergman de Würzburg, William y Charles Mayo de Rochester, son la historia misma de las laparotomías.

Contribuciones como la introducción de los guantes de goma por William Halsted en 1890, en el John Hopkins de Baltimore y las investigaciones de Alexis Carrel (1873-1944), creando la sutura vascular moderna y dando las bases científicas y técnicas para los trasplantes de órganos, cierran este siglo, dejando abiertas las puertas a la nueva época en que hoy vivimos, que aflora en 1912 con el otorgamiento del premio Nobel de Medicina a un cirujano científico como Carrel.

Evidentemente la institucionalización de la cirugía recién tiene características propias en el siglo pasado, afianzándose en el presente.

La introducción de la antisepsia, la anestesia y la asepsia marca importantes jalones en su progreso y desarrollo. La creación natural de grandes centros de enseñanza, cuyo eje son los grandes maestros, le da impulso a la formación del cirujano, ante cuyos ojos se suceden una serie de hechos que asimila con la observación, la práctica y el uso de la razón.

Poco a poco la cirugía se va convirtiendo así en una especialidad médica que maneja una terapéutica especial. Terapéutica que como arte, o bien como ciencia, se traduce en una manera de curar con procedimientos manuales o instrumentales.

Los cirujanos entonces se unen, se forman sociedades quirúrgicas y corporaciones, y los descubrimientos, adelantos científicos y nuevos métodos terapéuticos se enseñan, discuten, y se trasmite experiencia personal.

Nace así en el viejo mundo el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, cuyo origen posiblemente se remonte al año 1300; la Sociedad Nacional de Cirugía Francesa, la Sociedad de Cirugía de París, la Sociedad Alemana de Cirujanos, el Colegio Americano de Cirujanos y el Colegio Internacional de Cirujanos, por citar los más conocidos; pero prácticamente cada país tiene su propia sociedad quirúrgica, centro de presentación, discusión y difusión de los nuevos conocimientos en cirugía.

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA EN LA ARGENTINA

En nuestro país, la historia de la cirugía se encuentra claramente ligada a su enseñanza.

Los primeros cirujanos que llegaron a estas tierras acompañaban a Sebastián Gaboto en su expedición al río de la Plata, y ellos fueron Juan Pedro de Mesa, Fernando de Molina y el bachiller Hernando de Al-

cázar. Su adiestramiento lo realizaron en los campos de batalla, curando las heridas de soldados producidas por lanzas, flechas y macanas. Molina fue muerto en la defensa del Fuerte Sancti Spiritus y los demás regresaron a España en 1529².

El primer cirujano de la ciudad de Buenos Aires vino con don Pedro de Mendoza; su nombre era Hernando de Zamora.

Entre los años 1600 a 1700, se citan como barberos-cirujanos a don Manuel Alvarez, el jesuita Blas Gutiérrez, Jerónimo de Miranda, el maestro doctor Juan Escalera y Nicolás de Jaques, procedente este último de Córdoba y que tiene que luchar contra las epidemias que causaban estragos en 1620.

En los comienzos del año 1700, resaltaban los nombres de los cirujanos del presidio: don Roberto de Jonu y el mayor don José González; y es en 1756 que el diplomado en el Real Colegio de Medicina de Cádiz, don Francisco de Argerich, ocupa el cargo de cirujano del presidio de Buenos Aires.

Fue precisamente el virrey Vértiz, influenciado por el médico irlandés Miguel Gorman, quien vio la necesidad de formar médicos en esta zona, y tuvo la gran idea de fundar el protomedicato, piedra fundamental en la historia de la medicina argentina.

En el año 1798, el rey de España notifica su creación y al año siguiente es nombrado catedrático de cirugía el cirujano del presidio don José de Capdevilla y a continuación don Agustín Fabre.

Miguel Gorman, director del Protomedicato eleva conjuntamente con Fabre, en el año 1800, al virrey Avilés, el primer plan de estudios.

Este tenía las siguientes disciplinas: anatomía y vendajes, química farmacéutica y botánica, materia médica, heridas, tumores, úlceras y enfermedades de los huesos, operaciones y partos y medicina clínica.

El número de alumnos inscriptos en primer año fue de 15. Durante los años 1806 y 1807, profesores y alumnos tuvieron su primer bautismo de sangre, colaborando en la defensa de la ciudad durante las invasiones inglesas.

Bajo el virreinato de Liniers se diplomaron en acto público los primeros egresados del Protomedicato de Buenos Aires.

En el año 1813, se crea el Instituto Médico Militar; probablemente las causas que originaron esto fueron en primer lugar, por necesidad de contar con cirujanos en las filas del ejército, y en segundo lugar, porque el Protomedicato había interrumpido sus tareas por dificultades financieras y problemas políticos.

Cosme Argerich, que fue profesor de anatomía del Protomedicato, eleva el plan de estudios y colaboran con él en la enseñanza Juan A. Fernández, Silvio Gaffarot y Cristóbal Martínez de Montúfar.

En el año 1821, se clausura el Instituto Médico

Militar, coincidiendo esto con la creación de la Universidad de Buenos Aires.

Esta primera parte de la historia de la cirugía argentina, íntimamente ligada a la historia de la enseñanza de la medicina, tiene a decir verdad, centros de adiestramiento que fueron los campos de batalla.

Fue así como Madera acompañó a las tropas en la expedición al Alto Perú; los cirujanos García Valdez y de Paula actuaron en la Banda Oriental; Francisco Cosme Argerich en San Lorenzo, y Diego Paroissien acompañó a San Martín en Chacabuco, Cancha Rayada y la batalla de Maipú.

Creada la Universidad de Buenos Aires, la enseñanza de la medicina marca una nueva época.

El doctor Cristóbal Martínez de Montúfar toma a su cargo la prefectura del Departamento Médico, y clínica quirúrgica es dictada por Francisco Cosme Argerich en 1822, siendo éste realmente *el primer profesor de cirugía*.

A Argerich le continúa Miguel de Rivera durante 4 años, y luego aquél retoma la conducción de la cátedra.

En 1836, el doctor José María Gómez de Fonseca es nombrado profesor de nosografía y clínica quirúrgica. Posiblemente Gómez de Fonseca ha sido el primer cirujano que buscó su perfeccionamiento en Europa. Estuvo con Dupuytren en París y a su vuelta a Buenos Aires enseñó lo aprendido, formando discípulos a su alrededor.

Por esos años, descollaban en Buenos Aires figuras como Teodoro Alvarez, Ireneo Portela y Juan José Montes de Oca, tres grandes cirujanos. El primero de ellos fue sucesor de Gómez de Fonseca en la cátedra. Estos tres cirujanos eran considerados como muy hábiles y diestros; tanto fue así que Alvarez operó a Rosas de una litiasis vesical, practicándole una talla.

Ellos enseñaron y formaron discípulos a su alrededor; todo lo aprendido de los cirujanos franceses que descollaban en esa época fue transmitido a los demás; y es así como con ellos se formaron: Rúveda, Cuenca, Tamini, Toribio Ayerza, Drago, Porcel de Peralta, Bosch, González Catán, Rawson, Albarellos y otros.

En el año 1852, la cátedra de nosografía y clínica quirúrgica se separa una de otra, quedando Alvarez a cargo de la primera y Juan José Montes de Oca ocupa la de clínica quirúrgica.

Este resulta ser el cuarto profesor de clínica quirúrgica de la Universidad de Buenos Aires; su personalidad fue saliente como un gran cirujano de mediados del siglo pasado. Fue maestro, a su lado se formaron su hijo Manuel Augusto (su sucesor en la cátedra) e Ignacio Pirovano,

Montes de Oca, defensor de la cirugía conservadora, como docente fue eximio, enseñaba al lado del enfermo y realizaba personalmente las autopsias junto a sus alumnos.

Han sido muchos los cirujanos que recibieron de él su experiencia y sabiduría; han sido ellos: Manuel Augusto y Leopoldo Montes de Oca, Aguirre, Pirovano, González del Solar, Larroca, Baca, Pardo, Wilde, Tezanos Pinto y otros más.

Montes de Oca era un creyente del perfeccionamiento quirúrgico, lo evidencian sus viajes a Europa, donde conoció y aprendió de los grandes maestros de la época, entre ellos Dupuytren, de quien recibió las enseñanzas de la talla vesical.

Jubilado éste, su hijo Manuel Augusto es designado sucesor en la cátedra en 1873. Eximio cirujano fue el difusor del *método de Lister*, implantando así la antisepsia en el país.

Este importante hecho señala un jalón en la historia de la cirugía argentina. Fue un hombre público, brilló tanto como cirujano como político y estadista.

La infección hospitalaria que diezma a los enfermos hizo sentir en él la idea de demoler el viejo hospital de hombres en el que actuaba. Más de una vez repitió la frase que lo hizo famoso entre sus discípulos: "La demolición del viejo edificio en nombre de la humanidad, como los republicanos de Francia habían demolido la Bastilla en nombre de la libertad".

Años más tarde, en 1883, el gobierno nacional hizo entrega del actual Hospital de Clínicas a la Facultad de Medicina.

Montes de Oca era un convencido que la culpa de la infección la tenía el medio hospitalario. Frecuentemente alquilaba fuera del hospital una pieza para operar a sus enfermos. Fue así que en 1887 implanta el método de Lister; además idea el sistema de la insuflación previa para extraer quistes, y enseñó a sus alumnos a practicar la amputación osteoplástica del muslo, con colgajo rotuliano anterior. Además preconiza el uso de la traqueotomía y la técnica del sedal para el tratamiento del hidroccele.

Fue Manuel Montes de Oca uno de los primeros cirujanos en practicar una laparotomía y enterotomía con enterografía; utilizó el termocauterio para realizar amputaciones, y difundió la periuretrotomía para la estrechez de meato.

Falleció en 1882, a los 52 años de edad. Le sucede en la cátedra Ignacio Pirovano, discípulo del padre de Manuel Augusto y perfeccionado en Europa en los conocimientos quirúrgicos junto a figuras tales como Nélaton, Richet, Pean y Vernevil. Como profesor de histología y anatomía patológica que fue primeramente, se debe destacar que introdujo el uso del microscopio.

Junto a él se formaron Bazterrica, Caballero, Palma, Decaud, Gandolfo, A. Gutiérrez, Máximo y Alejandro Castro, Herrera Vegas, Repetto, Prando y Posadas.

Fue Pirovano un cirujano espléndido, monopolizó el ejercicio quirúrgico y su nombre fue conocido en todas partes. Continuando la obra de Montes de Oca, marca otro jalón en la historia con la introducción de la *asepsia*.

Resulta curioso observar como en las distintas épocas, siempre hay un cirujano que resalta sobre los demás y se constituye en figura y centro de la enseñanza y práctica de la cirugía. Y a partir de 1882, son los discípulos de Pirovano los que, apartados de él, constituyen centros de atracción quirúrgica y comienzan a descollar por sus habilidades y sus métodos de enseñanza.

Se ve así como Caballero y Molina actúan en el Hospital de Mujeres, Aguilar y Castaño en el San Roque, Llobet en el Rawson y Fontana en el Hospital Italiano.

En el Hospital de Clínicas mientras tanto, Pirovano, junto a Texo, los Castro, Bazterrica y Gandolfo continúan operando intensamente y dando brillo a la cirugía argentina.

En esta época la idea del perfeccionamiento quirúrgico se hallaba en boga; numerosos son los cirujanos que viajan a Europa y a su vuelta enseñan nuevos métodos y abandonan viejas técnicas.

La difusión de libros y revistas médicas hace llegar con mayor rapidez los conocimientos nuevos de la época, y poco a poco se comienza otra revolución: se abandona el método listeriano y se entra en la era de la cirugía aseptica.

En 1887, las necesidades de la enseñanza hacen que se cree la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Luis Güemes es designado profesor, éste que estaba en Europa renuncia y la Facultad de Medicina lo designa a Julián Aguilar.

En 1889, un discípulo de Pirovano, el doctor Juan B. Justo, regresa de Europa, luego de haber estado junto a Billroth en Viena, a Kocher en Berna y a Terrillón, sucesor de Terrier en la Salpetriere de París. Justo pronuncia una conferencia en el Círculo Médico Argentino sobre "El estado actual de la cirugía" y anuncia la llegada de la asepsia a las salas de operaciones.

Esta ya estaba en boga en el viejo mundo (Bantock y Lawson-Tait la impusieron en Londres y Félix Terrier en París algunos años antes).

Curiosamente, Justo relata a los concurrentes el lavado de manos y uñas con agua, cepillo y jabón, la desinfección con solución de permanganato de potasio y su enjuague con ácido oxálico e inmersión posterior en alcohol a 85°. Ilustra sobre el uso del auto-

clave de Chamberland, para la esterilización por calor húmedo y enseña algunos procedimientos quirúrgicos considerados todavía demasiado aventurados, tales como la resección de los encefalocelos y tumores de médula, neurotomía por neuralgias del trigémino, punción de abscesos cerebrales, pilorectomía, las gastroenterostomías, la resección intestinal, el tratamiento de la obstrucción intestinal por medio de la laparotomía, etcétera.

La asepsia fue implantándose progresivamente en la Argentina. Los trabajos de ese entonces así lo demuestran, y prácticamente ésta se afianza en 1884¹⁵⁻¹⁶.

La era de la asepsia se galardona con grandes maestros de la cirugía argentina. Julián Aguilar (1855-1903), profesor de clínica quirúrgica de la II Cátedra, trabaja en el hospital San Roque (hoy Ramos Mejía). Andrés Llobet (1861-1907) actúa en el Hospital Mixto de Inválidos (hoy Rawson), luego de su perfeccionamiento en Lyon, junto a Ollier.

El 20 de junio 1895, Antonio Gandolfo (1857-1932) reemplaza a Pirovano. Es el séptimo profesor de cirugía que ocupa la I Cátedra. Discípulo de éste y de Montes de Oca, se caracterizó por limitar su enseñanza al lado del enfermo quirúrgico, con ejercicios, prácticas y preguntas y respuestas.

Con él se formaron Vasallo, Corbellini, Aranguren, Valle, Cranwell, Alsina, Landívar y otros.

El 2 de agosto de 1898, se crea la III Cátedra de Clínica Quirúrgica y Alejandro Castro, discípulo de Pirovano, es nombrado profesor.

Los centros quirúrgicos comienzan a multiplicarse; cada hospital se convierte en centro de atracción por la brillantez de sus cirujanos jefes; la enseñanza de la cirugía se realiza en los quirófanos, en las salas de internación y en los consultorios externos. Los cirujanos ya publican, dan conferencias, clases y discuten sobre tal o cual técnica. La evolución de los conocimientos arrastra con todo y comienzan a descollar figuras como Viñas y los Castro en el Hospital de Niños; Masi, Antelo y Decoud en el Hospital Militar; Aguilar, Castaño, Gutiérrez y Repetto en el hospital San Roque; Gandolfo, Palma, Cranwell, Posadas y Bazterrica en el Hospital de Clínicas; Zavala, Beláustegui y Caballero en el hospital Rivadavia y Masi, Llobet, Prando y Herrera Vegas en el hospital Rawson.

Pero evidentemente la figura más saliente de la época fue la de Alejandro Posadas (1870-1902). Gran cirujano, estudioso, maestro, investigador metódico, Posadas fue sucesor de Gandolfo en 1900 por una licencia de éste en la I Cátedra.

Dueño de una gran cultura médica, vivía en el hospital, donde se dedicaba totalmente a la cirugía y a su enseñanza. Puede decirse que Posadas exploró

casí todo el cuerpo humano, descubrió nuevas técnicas y enseñó siempre lo aprendido. Sus trabajos y publicaciones fueron fruto de su genialidad.

Hace conocer a los de su época el procedimiento de oclusión sin drenaje de los quistes hidatídicos y la toracoplastia temporaria parcial; luchó por una reforma de la enseñanza de la cirugía y mostró así nuevos rumbos.

Tuvo como discípulos a Cúneo, Sussini, Recalde, Roccatagliata, Chutro, Finchietto y Arce, entre otros.

Autor de operaciones, vías de abordaje, indicaciones quirúrgicas, son muchos los trabajos científicos por él publicados. Descubridor de la enfermedad que bautizó como "Psorospermiosis infectante generalizada", fue famoso por su dominio de la anatomía y de la técnica quirúrgica. Fallecido a una edad muy temprana, su obra enaltece a la cirugía argentina.

A. Castro, profesor de cirugía de la III Cátedra, fallece en 1902; lo reemplaza Diógenes Decoud (1863-1920) en 1904, y a Aguilar lo sucede Juan B. Justo en el mismo año.

Decoud había sido cirujano en los hospitales Militar, Norte (hoy Fernández) y San Roque.

Hábil operador y con gran cultura médica, enseñó a estudiantes y graduados. Con él se formaron Buzzi, Donovan, Del Valle, Bosch Arana, para nombrar a los más conocidos.

Juan B. Justo (1865-1928) era jefe de cirugía del Hospital de Crónicos; enseñó a sus contemporáneos el uso de la anestesia local con cocaína y el éter para la anestesia general en reemplazo del cloroformo.

Justo había sido jefe de clínica del doctor J. Aguilar en el hospital San Roque, luego se apartó de la cirugía por su dedicación intensa a la vida política, siendo diputado nacional y luego senador. Con él se formó Nicolás Repetto, cirujano y político, que estudió con Kocher en Berna.

A Justo se lo separa de la cátedra en 1906, lo sucede Pascual Palma (1865-1924), que era discípulo de Gandolfo.

Este traslada la III Cátedra al hospital Durand. Tuvo una gran actuación pública: decano de la Facultad de Medicina, director del Hospital de Clínicas, director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública y del Departamento Nacional de Higiene. Fueron sus discípulos: Sussini, Bolo, Gallo y Taubenschlag.

Enrique Corbellini (1872-1920), discípulo de Gandolfo y profesor suplente de clínica quirúrgica, fue un hábil cirujano. Opositor en la terna a profesor titular de Palma, actuó en el Hospital Militar y en el hospital de San Roque. Trabajó mucho tiempo en la ciudad de Rosario, donde fue un defensor de la idea de construir un gran hospital que sirviera como base

a una nueva Facultad de Medicina. Así fue como se edificó el hospital del Centenario de Rosario y sobre él la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral.

Podemos decir que, a partir de 1902, cada hospital de Buenos Aires tenía centros quirúrgicos propios y se formaron verdaderas escuelas de cirujanos. Repasando la época nos encontramos que en el hospital San Roque, con Decoud actuaban Arce, Samengo, Blaksley, Chutro, Bosch Arana. En el hospital Rawson, con Prando, E. Finchietto y Pasman; con Medina, Rodríguez Villegas, y con Texo, Montenegro y Mariani. En el hospital Alvear, con Viale, Nicolini y Paglieri; con Solé, Valdez y San Martín. En el hospital Pirovano, con Emina, Mattos; con Viñas, Piccardo y Salvador. En el Hospital Militar: Antelo, Roccatagliata y Galli. En el Hospital de Clínicas, Gandolfo, Landívar, Corbellini, Marotta y Levo Díaz; con Bazterrica, Herrera Vegas, Salvador y Piccardo.

En el hospital Rivadavia, con Caballero, Beláustegui y Zabala; además Bengolea, Frers, Fox y Althabe. En el hospital Alvarez, Aranguren, Chutro y Arce. En el Hospital de Niños, M. Castro, Viñas, Copello, Rivarola, Lagos García y Ruiz Moreno.

El año 1911 nos enfrenta ante dos hechos de suma importancia: el primero de ellos es la creación de la IV Cátedra de Clínica Quirúrgica, designándosele profesor al doctor Marcelo Viñas, que pasa así al hospital San Roque. Con él se formaron Lagos García, Rivarola Rodolfo, Ruiz Moreno, Jáuregui, Sara Satanowsky y Julio Diez.

El segundo hecho de importancia trascendental en la historia de la cirugía argentina fue la creación de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Fueron sus socios fundadores: Gandolfo, Cranwell, Palma, M. Castro, Viñas, Gutiérrez, Benedit, Valle, Sussini, Marotta, Emina, Arce, Prando, Robertson Lavalle, etcétera.

Llegamos así al año 1919, en que el doctor José Arce es designado profesor titular de clínica quirúrgica, ocupando la I Cátedra del Hospital de Clínicas.

Arce, médico de los servicios de J. Aguilar y Justo en el Hospital San Roque, fue jefe de los servicios de cirugía de los hospitales Norte y Alvarez. Decano de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad de Buenos Aires, fue una figura descollante de la cirugía y la vida política del país. Por su iniciativa se crea el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas en el año 1923. Fue organizador de la Sección Cirugía del Instituto de Clínica Médica del hospital Rawson, a pedido del profesor Agote, y en 1925 funda el Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, haciendo conocer por su intermedio a todos

los cirujanos del país y del extranjero los trabajos científicos que en él se realizan.

Fue un gran profesor, escritor de numerosos trabajos quirúrgicos, político hábil y eximio orador. Con él se formaron numerosas legiones de cirujanos que se distribuyeron por todo el país. Citamos algunos como: Castaño, Nicolini, Zorraquín, Egües, Squirru, Morea, Risolia, Casinelli, los hermanos Brea, Introzzi, Piñero, Fernández, etcétera.

Creó en el perfeccionamiento quirúrgico, y fue así como creó "bolsas de viaje" para sus médicos². A través de ellas, Introzzi estuvo con Leriche, Carrillo con Braun en Amsterdam, Nicolini en París, Balado estudió neurcirugía en Rochester, etcétera.

Arce, miembro de la Academia de Medicina de París, contribuye a la cirugía argentina difundiendo métodos como la raquiánestesia con novocaína y procedimientos quirúrgicos propios como el "neumotórax previo" y la "ligamentopexia", combinada con la "laparotomía". Además enseña su técnica de la "laparctomía estrellada en la afección hepatobiliar", la "gastrotomía simple" y un sinnúmero de procedimientos más, que se encuentran publicados en revistas nacionales y extranjeras.

En 1919, Pedro Chutro sucede a Diógenes Decoud en el titulariado de la III Cátedra. Hábil cirujano y gran clínico quirúrgico, Chutro se perfeccionó en las mejores clínicas europeas; a su regreso al país es designado jefe de cirugía del hospital Alvarez.

En 1915 viaja a los Estados Unidos y ofrece sus servicios al ejército aliado, partiendo a Francia inmediatamente. Allí se incorpora al Servicio de Gosset en el Hospital Militar de Buffon, del cual fue jefe, cuando éste parte al frente de guerra.

Miembro de la Sociedad de Cirugía de París y de la Academia de Medicina, ingresa en los cuadros de la Legión de Honor Francesa.

Chutro tiene su formación junto a Posadas. Con él recibieron instrucción Buzzi, Mulcahy, Cornejo Saravia, Costa y otros. Sus publicaciones inundaron las revistas médicas de la época. Hombre de grandes condiciones morales, demostró siempre espíritu de laboriosidad y una inteligencia particular, que lo llevó a dar brillo a las páginas de la historia de la cirugía argentina.

A Pascual Palma le sucede en la II Cátedra, el doctor Armando Marotta en 1923, y posteriormente José María Jorge ocupa el lugar dejado por Marcelo Viñas en el titulariado de la IV Cátedra de Clínica Quirúrgica en 1931.

Continuando con la evolución histórica de la cirugía argentina, nombramos a Luis A. Tamini, creador de la especialidad de ortopedia. Cirujano emprendedor, trabaja al lado del profesor Codivilla en el Instituto Rizzoli de Bolonia. Fue designado pro-

fesor titular de ortopedia en 1922, ocupando la cátedra en el hospital Durand.

En 1881 asoma a la vida un genio creador. Se llamó Enrique Finochietto. Discípulo de Posadas, tuvo como compañeros a Chutro y Roccatagliata. Fue una figura descollante de la cirugía argentina, un estudioso y hábil operador.

Aprendió mucho de sus viajes por Europa, lo que le creó la solidez necesaria para constituirse en un inventor.

E. Finochietto, profesor suplente de clínica quirúrgica, fue jefe de Servicio en el hospital Rawson. Contribuyó al progreso de la cirugía con un arsenal quirúrgico, ideando numerosos instrumentos (mesa de operaciones, gancho para hemostasia, estribo para extensión del miembro inferior, navaja para injertos de Thiersch, mesa ortopédica, separador intercostal, el frontolux, pinzas especiales, clamps intestinales, etcétera). Su vida, su obra, fueron ejemplo de laboriosidad, cordura y pasión por su profesión. Su nombre es recordado constantemente por todos los cirujanos argentinos desde su muerte, que aconteció en 1943.

Llegamos así al año 1930. Las escuelas quirúrgicas se hallaban perfectamente constituidas. Los avances tecnológicos y la vocación quirúrgica hicieron que cada hospital de Buenos Aires fuese un centro de enseñanza de cirugía. Por esos años descollaban ya las siguientes figuras: Sarmiento Laspiur y Chueco en el hospital Fernández; Mazzini, Marini y Pini en el hospital Italiano; Jorge, Tamini y Enríquez en el hospital Durand; Arce, Sussini, Castaño, Pérez, Ivanisevich y los Brea en el Hospital de Clínicas; Hiller y Jürgens en el hospital Alemán; Landívar en el hospital Argerich; Copello, Pagliere, Scbreccasas y R. Finochietto en el hospital Alvear; Espil y Loubet en el hospital Francés; Galli, Squirru y Donovan en el Hospital Militar; Viñas, Ruiz Moreno, Rivarola, Cucullu en el Hospital de Niños; Zorraquín en el hospital Penna; Blayc, Bosch Arana y Rodríguez Villegas en el hospital Piñero; Emina, Salvador y Miranda Naón en el hospital Pirovano; Chutro, Marotta, Robertson Lavalle y del Valle en el hospital Ramos Mejía; Finochietto, R. Solé, Ceballos y Sacco en el hospital Rawson; Bengclea, Velasco Suárez y Bazterrica en el hospital Rivadavia y Marín Moreno en el hospital Salaberry.

Mientras todo esto sucedía en la gran ciudad que era Buenos Aires, el interior del país resurgía paralelamente con una cirugía enseñada por maestros.

En 1878 se crea en la Universidad Nacional de Córdoba, la Facultad de Medicina, y en 1882 la Cátedra de Clínica Quirúrgica; fue su primer profesor titular el doctor Rafael Piccinini, graduado de médico en la Universidad de Nápoles.

A su renuncia en 1889, lo sucedió interinamente el profesor Vella, y a continuación Luis María Allende. En 1890, Vella la ocupa definitivamente hasta 1918. Con él se formaron los cirujanos Pizarro, Mirizzi, Romagosa, Llanos, etcétera.

Vella fue un eximio cirujano; director del Hospital de Clínicas tuvo la responsabilidad y el mérito de implantar la asepsia en Córdoba. Lo sucede en la cátedra Luis Allende, catedrático de cirugía infantil y ortopedia en 1918, dictando el Segundo Curso de Clínica Quirúrgica, y Romagosa encargado del Primer Curso.

Ernesto Romagosa fue decano de la Facultad de Medicina y presidente del III Congreso Nacional de Cirugía. Ha sido una figura descolante del interior del país.

En 1922 el doctor Pablo Mirizzi es llamado para dictar el Primer Curso de Clínica Quirúrgica y confirmado cuatro años más tarde. Discípulo de Vella, al igual que Romagosa, fue una figura brillante de la cirugía argentina. Educado con los hermanos Mayo en Rochester y con Crile, se caracterizó por su habilidad quirúrgica y sus trabajos publicados, como contribución a la enseñanza de la cirugía. La cirugía hepatobiliar tiene en él a un pionero y un operador sin igual.

Contribuyeron enormemente a la cirugía cordobesa los nombres de Antonio Neres, Martín Ferreira, Félix Olmedo y Juan M. Allende.

En Rosario la historia de la cirugía se remonta a 1872 con la llegada de Domingo Capdevilla, español, como cirujano del Hospital de Caridad.

En 1893, Juan Cárcano, médico graduado en la Universidad de Pavía, actúa en el Hospital Italiano de esa ciudad hasta 1900.

En 1897, Bartolomé Vasallo se radica en Rosario, sucediéndolo a Capdevilla y constituyéndose así en esa ciudad un centro quirúrgico de importancia. Vasallo que, como dijimos antes, fue discípulo de A. Castro y de Gandolfo, actuó en el Hospital Italiano en Rosario, el Hospital de Caridad y el Municipal. Con él se formaron Artemio y Lelio Zeno, Carmelo y Alejandro Carcnes, Castellanos, etcétera.

En 1910, Enrique Corbellini y Tomás Varsi idean la creación del Hospital del Centenario, base para la futura Facultad de Medicina.

En 1919 se crea la Universidad Nacional del Litoral, y en 1920, su escuela de medicina. En 1922, el profesor Avalos, formado en los hospitales Pirovano y San Roque de Buenos Aires, y perfeccionado con Roux y Terrier, en Francia, es designado primer catedrático de clínica quirúrgica.

En 1923, se crea la II Cátedra, siendo Artemio Zeno su profesor. En ese mismo año Tomás Varsi reemplaza a Avalos en el titulariado de la I Cátedra.

En Rosario el desarrollo de la cirugía fue, como en todas partes progresivo, y a cargo de hombres con gran fuerza de voluntad y vocación para enseñar. La creación de la "Revista Médica", en 1911, por Clemente Alvarez y el Círculo Médico, contribuyó enormemente a la difusión de trabajos y publicaciones de cirugía. En la década del 20 actuaron cirujanos como Baraldi, Llanos, Parodi, los Zeno, Araya y otros, contribuidores todos de galardones a la historia de la cirugía.

Es evidente que luego de esta descripción de hechos de la evolución histórica de la cirugía argentina, resalta ante nuestros ojos que tres son las ciudades que dieron origen a la formación de cirujanos: Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Los grandes centros quirúrgicos y de enseñanza que allí se encuentran esparcieron cirujanos por todo el país, y así nuestras provincias tuvieron la semilla que fecundó, formando otras fuentes satélites de práctica y enseñanza de la cirugía, como sucedió en la provincia de Buenos Aires, Mendoza, Tucumán, Corrientes, San Juan, etcétera, donde cada grupo quirúrgico fue de a poco constituyéndose en un centro de atracción para aquellos de la zona que querían aprender el vasto campo de la cirugía.

A partir de la década del 30, la cirugía argentina animada e influenciada por los progresos en América del Norte, por los frecuentes viajes e intercambios científicos de los cirujanos, siguió progresando y colocándose a la altura de los acontecimientos que se sucedían en el mundo entero. Ya no había que esperar 10 ó 15 años para emplear una técnica, un método o un sistema especial. La rapidez de la propagación de los conocimientos hizo que se llegase a la época actual donde si algo nuevo no se puede emplear, el único motivo de su falla es la falta de los recursos necesarios para su aplicación inmediata.

Los adelantos de la neurocirugía, de la cirugía torácica y vascular, de la cardiocirugía, los trasplantes de órganos, etcétera, que se realizan a diario en nuestro país, nos indican y demuestran al mundo entero las posibilidades, las habilidades de nuestros cirujanos y los conocimientos que han sido transmitidos a través de largas prácticas en servicios y de la experiencia personal, de generación a generación de cirujanos argentinos. En esta última etapa de la cirugía argentina nos sentimos con la obligación de hacer constar que las legiones de cirujanos formados se adiestraron en centros de excelencia, y entre ellos queremos hacer notar muy particularmente uno, que contribuyó a hacer de médicos, cirujanos, y del cirujano un hombre perfeccionado en sus conocimientos quirúrgicos. Nos referimos especialmente al que creó Ricardo Finochietto allá por 1931, cuando fue designado Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital

Alvear (Sala V). Así desprovistos de médicos, y que con la colaboración de Rodolfo Ferré y de Hernán Aguilar, Diego Zavaleta, Néstor Turco y Raúl Velazco, flamantes médicos, pasan en 1933 a la Sala VI del hospital Rawson, con la colaboración de su hermano Enrique y Oscar Vacarezza. Allí inician una nueva etapa de la cirugía moderna a través de un sistema de enseñanza que para su ingreso exigía antecedentes, preparación de tesis y entrar en la carrera docente, conocimiento de idiomas y traducción de bibliografía actualizada, haciendo coleccionar a sus educandos apuntes sobre las operaciones observadas y realizadas. De todo esto nos ocupamos más adelante, pero no queremos cerrar estas páginas de la historia de la cirugía argentina sin rendir nuestro homenaje a un hombre que, por tener condiciones pedagógicas particulares, fue creador de una escuela e hizo conocer el "arte de la cirugía" a todo aquel que se le acercaba y la quería aprender.

Y así con el correr de los años, al igual que en los países del viejo mundo y de América del Norte, los cirujanos argentinos se constituyen también en grupos y forman Asociaciones y Sociedades Científicas. El impulso dado por la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires al progreso quirúrgico despertó en muchos la necesidad de nuclearse de igual modo y así nacieron posteriormente la Asociación Argentina de Cirugía que realiza sus congresos anuales; la Sociedad Ar-

gentina de Cirujanos, de la Asociación Médica Argentina; el Colegio Argentino de Cirujanos, entidad con fines ético-morales que agrupa a la mayoría de los cirujanos del país y que para su ingreso requiere acreditar antecedentes y un examen de capacitación profesional. En el interior nacen las Sociedades de Cirugía de Rosario, Córdoba, La Plata, Resistencia, San Juan, Mendoza, Santa Fe, Corrientes, Río Cuarto, etcétera. Todas tienen un común denominador: la presentación, lectura y posterior discusión de la experiencia quirúrgica recogida por cirujanos argentinos, ya sea en forma individual o por grupos que pertenecen a una escuela determinada. Organizan sesiones quirúrgicas, jornadas, congresos, coloquios, mesas redondas y toda forma de transmisión de conocimientos, adquiridos por el estudio, la práctica constante y la experiencia personal. Por último, debemos agregar que la creación posterior de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo, en Mendoza, de la Universidad Nacional de La Plata, de Tucumán y del Nordeste en Corrientes, las privadas de la Universidad Católica de Córdoba y Del Salvador en Buenos Aires, han contribuido enormemente a que la enseñanza de la cirugía en el graduado se realice en forma metódica, y los médicos de sus respectivas zonas de influencia se acerquen a las cátedras de cirugía, buscando ya sea su especialización o su perfeccionamiento y actualización.

CAPITULO III

INICIACION DEL PROCESO FORMATIVO DEL CIRUJANO

Lo común hasta ahora en la formación del cirujano en nuestro país es que el médico al graduarse y decidir su vocación por la cirugía ingrese en las grandes ciudades a un servicio de la especialidad, comenzando allí la iniciación de su formación. Este, situándose alrededor de aquellos cirujanos de mayor experiencia, aprende de ellos su ciencia, observando y progresivamente ayudando en las intervenciones quirúrgicas de menor a las de mayor complejidad.

En aquellos tiempos en que el número de cirujanos en los hospitales era bajo y el número de pacientes alto, los primeros adquirían en un tiempo razonable manualidad y desarrollaban habilidades en forma más o menos rápida. Los servicios de cirugía de los hospitales se fueron convirtiendo en escuelas de cirujanos, quienes luego de algunos años de práctica hospitalaria quedaban incorporados honorariamente al servicio, a la espera de un cargo rentado o posteriormente al ingreso por concurso a la Carrera Médica Hospitalaria.

Otros, cuando se sentían seguros de sí mismos y creían estar en condiciones de resolver los problemas más frecuentes de la cirugía general, se retiraban del lugar y se establecían en el interior del país, para desarrollar en la práctica hospitalaria y en la privada todo lo que habían aprendido. Si bien es cierto que personalmente no todos habían realizado por sus propios medios todas las intervenciones más complejas de la cirugía general, por lo menos habían observado y ayudado a sus maestros en forma tal que los hacía sentir en condiciones de trabajar solos y poder resolver los problemas de la urgencia, aquéllos de la cirugía mediana y algo de la mayor. La práctica intensa, el estudio y lo observado previamente les hacía muchas veces intentar realizar operaciones, que si

bien las habían visto antes, nunca las habían hecho; pero las necesidades de tener que resolver el problema los inducía a su realización, y así continuaban su formación.

Fueron muchos los cirujanos que así se iniciaron, pero el espíritu de superación constante los fue perfeccionando, y a su alrededor poco a poco se constituyeron centros quirúrgicos de importancia, donde se dio oportunidad a otros a iniciar su formación.

Los cirujanos que quedaban en las grandes ciudades se iban diferenciando entre sí, muchos quedaban en la práctica de la cirugía general y otros con los avances tecnológicos del mundo contemporáneo se fueron orientando lentamente al ejercicio de ciertas ramas de la cirugía, como la ginecología, la urología, la ortopedia, la cirugía plástica y la neurocirugía y otras más, separándose éstas frecuentemente de los servicios de cirugía general, tomando individualidad propia y constituyéndose en una especialidad.

Todo el proceso de la enseñanza del cirujano se centró así alrededor del enfermo. El principiante realizaba las historias clínicas, atendía el consultorio externo, y en los quirófanos primero observaba y luego operaba. Comenzaba así por la cirugía menor, para progresivamente pasar a la mediana y a la mayor, actuando como segundo y luego primer ayudante de cirujanos aventajados de quienes él aprendía.

En el ínterin de este proceso podía tener la oportunidad de operar enfermos, siempre y cuando sus mayores así lo decidieran y entonces realizaba las intervenciones de práctica del servicio, pasando de las de menor a las de mayor complejidad.

Este sistema ha perdurado muchos años entre nos-

otros y todavía se encuentra en práctica en muchos servicios hospitalarios.

A partir de la década del 40, las universidades argentinas comenzaron a graduar mayor cantidad de médicos; la creación de nuevas facultades, la gratuidad de la enseñanza y su más fácil acceso al ingreso en la Universidad hicieron que con el correr de los años un gran número de médicos recién graduados quedase en las grandes ciudades en pos de su especialización.

Muchos de ellos entusiasmados por el brillo de la cirugía concurren a los servicios quirúrgicos buscando así su formación.

Fue entonces como aquellos centros de conocida notoriedad fueron progresivamente cubriendo su capacidad docente, y entonces los aspirantes a cirujanos comenzaron a tener menos oportunidades y gran competencia profesional. Pero así y todo permanecían en el lugar por un tiempo junto a cirujanos más expertos, de quienes aprendían lo que ellos hacían, operando a veces y luego cuando consideraban que habían adquirido lo básico, se trasladaban a otro lugar.

Aquellos que quedaban proseguían su formación paulatina, con el ansia de poder llegar, aunque sea esperando varios años, al momento de realizar las intervenciones de máxima complejidad.

Los servicios de cirugía fueron de esta manera colmando su capacidad médica. Pasada la década del 50, muchos egresados tuvieron inclusive que ser rechazados del ingreso a ciertos servicios de excelencia, y otros ni siquiera lo intentaban debido al gran número de médicos que ocupaban lugares antes que él.

Aquellos más tescneros quedaban siempre a la espera de oportunidades, concurrendo todos los días al hospital y esperando llegar así al momento en que se los incluyera en el "team operatorio".

No siempre en los servicios había un plan programado para el cirujano concurrente, y la enseñanza se encontraba entonces supeditada muchas veces al espíritu de aquel que quería aprender o de aquellos que querían enseñar.

Hubo otros servicios en que la enseñanza de la cirugía se realizó en forma más metodizada; desarrollando cursos anuales o haciendo rotar a los cirujanos en las subespecialidades por plazos fijos, quedando la enseñanza en manos de encargados de los equipos. Un ejemplo típico de enseñanza programada de la cirugía lo encontramos en el servicio del doctor Ricardo Finochietto en el hospital Rawson de Buenos Aires. Este primero comenzó con las "sesiones quirúrgicas para graduados" en el año 1938, y que según él decía, "era con objeto de exponer suscitadamente algunos casos, enseñar su terapéutica y demostrar resultados obtenidos en enfermos operados; porque es-

tábamos seguros de resolver un problema, porque consultábamos una necesidad de nuestro ambiente, donde tantos profesionales se hallaban imposibilitados de adquirir enseñanza operatoria"¹⁸.

Sus frutos fueron la creación de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, en el año 1949, y posteriormente el Curso de Cirugía Básica, de un año de duración. Muchos fueron los cirujanos argentinos que tuvieron allí su formación y hoy se encuentran distribuidos por todo el país.

Los que con él se formaron también lo imitaron y constituyeron en sus servicios centros de formación profesional.

En el año 1951, en el hoy policlínico Aráoz Alfaro, de Lanús, provincia de Buenos Aires, se organiza un sistema de enseñanza de la cirugía, con la concurrencia de jóvenes que quedaban en el hospital todo el día y tenían participación activa en el proceso del aprendizaje de la cirugía. Se los llamó Residentes. Fue conducido por el doctor Moreno y duró hasta el año 1956. Recién en el año 1957 se produce un cambio radical en la enseñanza de la cirugía en el graduado, con la institucionalización del Sistema de Residencias que se inicia en la III Cátedra de Cirugía, en el hospital Durand a cargo del profesor titular doctor Mario Brea. El programa duraba 3 años y contaba en sus inicios con 10 médicos residentes.

En 1959, por Resolución N° 703 (C. S.) se crea la residencia de cirugía en el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas; en octubre de 1960 se la inicia en el Hospital Militar Central Doctor Cosme Argerich, a cargo del suscripto y en el mismo año la de ginecología, en la I Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires, a cargo del profesor doctor Guillermo Di Paola, del Hospital de Clínicas. En mayo de 1961 se inicia la del policlínico San Martín, hoy M. Castex, con la conducción de los profesores Aníbal Introzzi y Jorge Manrique.

A continuación hubo un verdadero desarrollo de las residencias quirúrgicas; se crean las del Policlínico Lanús, hoy Aráoz Alfaro, a cargo del profesor doctor Juan C. Casiraghi, la del Policlínico Avellaneda, hoy R. Finochietto, bajo la dirección del doctor Vicente Pataro, de cirugía infantil y de neurocirugía en el Hospital de Niños, a cargo de los doctores José Rivarola y Raúl Carrea, respectivamente. Poco tiempo después se inician en los hospitales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Ramos Mejía, Durand, Fernández, Argerich, Piñero, etcétera, a cargo de los doctores Sánchez Zinny, Cottini, Ferreira, Russo, Morel, Santas y Uriburu (Ordenanza 17.263/62)⁴⁰.

Luego se crea la residencia de cirugía del Hospital Aeronáutico a cargo del doctor Tomás Piñero, y

así continúan creciendo, agregándose cada año que pasa algunas más.

En un censo que se realizó en el año 1969 por el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) se estableció que auspiciados por esta institución, había un total de 23 programas de residencias quirúrgicas, sobre los 118 programas de los reconocidos, y sobre 796 médicos residentes censados en todas las disciplinas, 147 cursaban la especialidad de cirugía general. Hasta ese entonces habían egresado por este sistema 162 cirujanos¹.

Así fue como se iniciaron las primeras residencias de cirugía en Buenos Aires, que en poco tiempo se propagaron a Córdoba, Mendoza, Rosario, Santa Fe y Comodoro Rivadavia, en la provincia de Chubut.

Llegamos así al año 1972 en que se ofrecieron en el Concurso Unificado para el Ingreso a las Residencias Médicas 597 plazas; de las cuales 95 corresponden a primer año de cirugía general, distribuidas en 28 servicios, presentándose un total de 198 aspirantes a la especialidad quirúrgica sobre 1.049²⁷.

Llevamos ya 15 años de experiencia en el país con este sistema educacional. Si bien en sus orígenes podríamos decir que ha sido importado de los Estados Unidos de Norteamérica, se lo ha ido progresivamente adaptando a las posibilidades nuestras y a los recursos disponibles para la enseñanza en nuestros hospitales. Como método de aprendizaje de la cirugía, lo consideramos ideal, pues su fundamento consiste en la práctica intensiva de los procedimientos quirúrgicos, haciendo adquirir al educando, actitudes, habilidades y destrezas a través de su capacitación en servicio, con supervisión adecuada y evaluación periódica de la enseñanza.

Pero lo cierto es que esto sucede en la Capital Federal y en algunas grandes ciudades. En el resto del país la situación es diferente y lo clásico sigue siendo la formación del cirujano, como un médico concurrente más a un servicio quirúrgico, en horas de la mañana y aprendiendo al lado de quien quiere enseñarle, sin una metodología apropiada.

Evidentemente la formación de estos últimos difiere totalmente con aquellos que lo hicieron por el Sistema de Residencias Médicas. La falta de un programa educacional, supervisado y evaluado, y la carencia de una práctica intensiva y a tiempo completo, con delegación progresiva de responsabilidades en los actos médico-quirúrgicos hacen que todos aquellos que realizan su especialización en cirugía por el método clásico, tarden el doble del tiempo, medido en años, para adquirir su capacitación y estar en condiciones de resolver los problemas de la cirugía general.

No dudamos que también de esta manera se pueden formar cirujanos, y así se ha hecho durante mu-

chos años, pero la educación de hoy está en un proceso de cambio, y por lo tanto debemos ir adaptando progresivamente las situaciones existentes a los nuevos adelantos en materia pedagógica que nos ofrece la era en que vivimos. En los últimos años se ha dicho más de una vez que enseñar no es sinónimo de aprender, y creemos que esto último se cumple recién cuando hay participación activa del educando en el proceso del aprendizaje, como sucede en el Sistema de Residencias Médicas.

EL CIRUJANO EN MEDIOS URBANOS Y EL CIRUJANO EN MEDIOS RURALES

El primer período del proceso de la formación del cirujano culmina con su especialización; si se realizó por el Sistema de Residencias Médicas, se alcanza cuando ha cumplido con el programa completo de 3 años como mínimo; y el que lo ha hecho por la concurrencia a un servicio quirúrgico, llega cuando se siente capacitado y en condiciones de afrontar los problemas quirúrgicos más comunes y frecuentes de la cirugía general y con la capacidad necesaria para resolverlos (no menos de 5 años); allí comienza la vida profesional del cirujano, ya sea en la ciudad o en áreas rurales.

Aquellos que se radican en la ciudad optan por concurrir a un servicio hospitalario a la espera del llamado a concurso de práctica, e inician así su carrera profesional. Esta les da estabilidad en el cargo y con los años van aumentando de categoría mientras desarrollan su práctica quirúrgica, adquiriendo experiencia personal, actualizándose y perfeccionándose hasta que llega el momento en que pueden optar al concurso para la jefatura de un servicio de la especialidad.

La práctica privada es realizada por las tardes en sus consultorios, donde muchas veces practican la medicina general y concurrendo a clínicas y sanatorios para desarrollar la cirugía que la práctica privada les ofrece; con el tiempo y a través de su vida profesional van adquiriendo conocimientos en forma progresiva, con la ayuda de la lectura de textos y revistas médicas, la experiencia y la concurrencia a las sesiones de las Sociedades Científicas, cursos para graduados, conferencias, congresos, etcétera.

Si en la ciudad donde actúan hay una Universidad, pueden ingresar a la carrera docente y llegar a ser profesores de la materia. Recordemos que en el país hay 9 Facultades de Medicina (7 estatales y 2 privadas), distribuidas en Capital Federal, La Plata, Rosario, Córdoba, Mendoza, Tucumán y Corrientes. es decir ésta no es una oportunidad para todos, ya que 17 jurisdicciones provinciales carecen de ellas.

La formación permanente la reciben sobre la base de sus propias inquietudes y de su capacidad de superación científica, con la gran ayuda de los recursos y oportunidades que las grandes ciudades les ofrecen.

Si bien en la ciudad la competencia profesional es grande y en algunas hasta exagerada, las posibilidades también son amplias y necesitan de un esfuerzo personal por parte de aquel que quiere mantenerse actualizado.

Normalmente los servicios quirúrgicos de las ciudades ofrecen gran cantidad de cursos, conferencias, ateneos, etcétera. En lo que a los primeros se refiere tienen duración variable, de 3 a 4 días a una semana o un mes los menos. La característica principal de ellos es que la teoría domina la faz práctica del proceso, estándole reservado al cursillista la posibilidad de observar intervenciones, a veces como ayudante, pero nunca como operador (guiado y conducido por los que enseñan). Es decir, se traduce todo en demostraciones quirúrgicas y conferencias.

Pero la oportunidad está ofrecida a todos, y ésta es una forma de mantener la capacitación del cirujano con la actualización en temas de interés quirúrgico general.

Las sesiones de las Sociedades Científicas, con la presentación de trabajos y su posterior discusión, contribuyen enormemente a su formación permanente, pues cada trabajo realizado lo transforma a su autor en un perito sobre el tema elegido, desde el momento que contribuye con su experiencia personal y es de suponer que ha agotado la bibliografía nacional y extranjera más importante.

Las actividades docentes propias del servicio al cual concurre también son un factor importante en su formación, siendo un gran estímulo para su autoeducación.

La realización de los Ateneos del Servicio, las sesiones anatomoclínicas, seminarios y toda actividad académica agregada contribuyen a la participación activa del profesional en la enseñanza, que progresivamente le van modificando conceptos e ideas que se van adecuando a una actividad científica existente.

Por todo lo dicho, vemos que el cirujano de los medios urbanos tiene numerosas oportunidades para realizar su educación continua; tomando como base las actividades diarias hospitalarias de su vida profesional, hasta llegar al seno de Sociedades Científicas, jornadas y congresos, donde expondrá también el fruto de su experiencia personal y recibirá la de otros, que él sabrá asimilar.

Pero no siempre sucede todo lo expuesto en las grandes ciudades. Como hemos dicho antes, en los últimos años son un gran número los jóvenes que

todos los años reciben su diploma de médico. Como dato estadístico, entre los años 1963 y 1969 se han recibido de médicos 16.400 alumnos de las Facultades de Medicina de nuestro país¹⁷, correspondiendo 2.875 al año 1969 y calculándose que a este ritmo entre los años 1970 y 1975 se graduarán 19.200 médicos más.

Todo hace suponer que un gran número de ellos también se dediquen a la especialidad quirúrgica y los servicios estén con su capacidad profesional colmada. Entonces sobreviene allí otro problema; son cirujanos una vez que han completado su adiestramiento, o no tienen un servicio donde ingresar a continuar su vida profesional. Muchos emigran y van a pequeñas ciudades del interior de las provincias, otros a zonas rurales y otros se quedan y esperan. Esperan así la oportunidad del ingreso a un servicio, o la de un llamado a concurso. Mientras, realizan guardias en clínicas o sanatorios o instalan un consultorio particular donde practican la medicina general.

Ahora veremos qué sucede con el cirujano que se radica en un medio rural. Cualquiera haya sido el motivo que lo indujo a ir (natural de la zona, por amistades, o por pedido de un profesional del medio), lo frecuente es que desde el principio tenga que actuar como médico general y le corresponda resolver los problemas que a diario se presentan en la práctica médica rural, quedando así su especialización relegada, por la demanda espontánea de otras necesidades de la zona, como la obstetricia, la pediatría y la medicina interna. Además la mejor forma de hacerse conocer en el medio y entrar en la confianza de la población es "ir cuando lo llaman". Por regla general, éste es un trabajo muy tedioso y sacrificado, aunque sumamente necesario, y es poco el tiempo que le queda libre para el estudio. Así en este estado de cosas suelen pasar algunos años, luchando sobre todo contra la adversidad del medio muchas veces, y de los pocos recursos que se le ofrecen para su trabajo. Los primeros intentos quirúrgicos se realizan en un medio hospitalario insuficiente, con un equipamiento mediocre y falta de apoyo por parte de los servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, hemoterapia).

Su vocación de servicio y las necesidades apremiantes de la población hacen que se dedique a mejorar su medio de trabajo, y lo que no pueda resolver tenga que derivarlo a centros quirúrgicos urbanos para la consulta y una mejor atención.

Es así como, por su propio esfuerzo personal, con la ayuda de sus colegas, de las autoridades a veces, y de la población, se modifiquen algo las cosas, adquiriendo elementos de imprescindible necesidad para el funcionamiento del hospital.

Otra adversidad con la que tropieza este cirujano rural es cuando tiene que operar con anestesia ge-

neral. Frecuentemente no hay médico anestesista en la zona y debe recurrir a algún otro, distante del medio, que de acuerdo con sus posibilidades concurre algunas pocas veces en el mes. Y si no lo consigue, debe recurrir al uso de la anestesia local o a los bloqueos espinales o peridurales, recurriendo al viejo Ombredanne, cuando las cosas se ponen más graves.

Y así pasan los años; asociado con otros colegas por lo general instala una pequeña clínica para el ejercicio profesional privado. Pero sus conocimientos quirúrgicos, que tanto le costó aprender, comienzan a desactualizarse; su vida de cirujano se convierte en una rutina y entonces hace lo que pudieran haber hecho con él; consigue algún otro médico que quiera suplantarle en esas actividades no quirúrgicas, para poder él realizar lo que su vocación de cirujano le viene exigiendo. Si esto sucede, le queda más tiempo libre para dedicarse a la lectura de textos y revistas médicas, e ir por algunos días a alguna ciudad próxima con un centro quirúrgico a actualizarse, observando lo que otros hacen, preguntando y ayudando en las intervenciones quirúrgicas, cuando lo permiten.

En algunas provincias las Asociaciones Médicas locales realizan jornadas en el interior, y así tiene la oportunidad de concurrir a ellas, sin que esto le signifique tener que realizar un gran desplazamiento físico, que él muchas veces no puede hacer, pero contribuyen enormemente a realizar una puesta al día de sus conocimientos.

En otras oportunidades, la continua lucha contra el medio hace que se sienta vencido y abandone el

lugar, radicándose en un pueblo u otra ciudad con más oportunidades de continuar su formación profesional, aunque esto le signifique empezar otra vez.

Así se desarrolla la vida de este cirujano rural, con las dificultades de su inicio y su adaptación progresiva al medio, con problemas de vivienda, en un comienzo para él, luego para su familia, y a veces sin colegios que le permitan una adecuada educación a sus hijos. De esta forma, muchas veces debe capacitar él mismo al personal de enfermería cuando éste existe, o enseñar a una persona a manejar un aparato de Rayos X, para que le saque sus propias radiografías, y luchar día a día para conseguir instrumental necesario para ofrecer una correcta medicina.

Evidentemente su formación permanente está supeitada al tiempo que le queda libre para leer textos y revistas científicas, o cuando puede ir por unos pocos días a algún centro especializado y observar allí cómo realizan las cosas. Muy lejos está éste de presentar trabajos científicos a sociedades médicas y más aún de publicar. Pero por todo lo expuesto, rendimos nuestro homenaje a este hombre que por su espíritu de sacrificio y su vocación de servicio vela por la salud de una comunidad, con los recursos que tiene y en la mejor forma que puede.

Por ello es que debemos ofrecerle medios y continuidad en su educación, para que la cirugía que practica pueda convertirse en lo que la salud de esa población necesita y en lo que él como cirujano siente para evitar así su frustración.

CAPITULO IV

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA

En nuestro país y en el momento actual en que vivimos, la cirugía se encuentra muy desarrollada en los grandes centros urbanos, y a cargo de cirujanos de muy buena formación quirúrgica, con gran experiencia y perfeccionamiento realizado en los mejores centros nacionales y extranjeros.

Pero esta situación no se da en todo el país por igual, por lo que en algunos lugares la falta de recursos y de personal adiestrado hacen que la cirugía se encuentre en etapas de desarrollo mucho menor.

Como estado actual de la cirugía, queremos exponer lo que sucede en el país desde el punto de vista sanitario y estadístico, con la práctica quirúrgica en los establecimientos hospitalarios de agudos, del subsector oficial (nacional, provincial, municipal). Las cifras elaboradas corresponden a lo sucedido en el año 1969 en las provincias en estudio, incluidas en el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, que totaliza aproximadamente 86.500 camas, de un total de 138.000 que tiene todo el país.

La fuente de información del presente estudio es el Departamento de Estadísticas de la Salud, de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación a través del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Este programa, que se implantó en el año 1966 y se completó en 1968, estableció por primera vez un sistema técnico uniforme y un sistema administrativo, integrado, para unificar las estadísticas de los hospitales del subsector oficial. Mediante convenios celebrados entre las provincias y la entonces Secretaría de Estado de Salud Pública, aquéllas se comprometieron a recolectar un número mínimo de datos por medio de definiciones uniformes y a codificarlos y remitirlos al nivel nacional —Departamento de Esta-

dísticas de Salud—, de acuerdo con plazos fijados previamente.

Este sistema se halla en plena operación en este momento y sus resultados pueden observarse en los tabulados de computadora que se hallan disponibles para su consulta en el Departamento de Estadísticas de Salud y en las publicaciones que éste produce regularmente (la tabuladora, una IBM 360/50, que pertenece al Centro de Cómputos de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires). El sistema cubre hoy aproximadamente 95.000 camas, de las que se originan casi 1.200.000 egresos anuales. El procesamiento de esta información, que ingresa a la computadora en fichas "Hollerith" o cintas magnéticas que han sido previamente codificadas y procesadas por las provincias, permite al nivel nacional conocer los datos de edad, sexo, residencia, días de estada, diagnóstico principal y secundario, diagnóstico operatorio principal y secundario, fallecimiento o no, y muchos otros, de esos 1.200.000 egresos anuales.

Ejemplo del funcionamiento del sistema: Todos los hospitales de una provincia determinada, no importa su dependencia administrativa, envían al Departamento de Bicestadística de la Provincia en formularios standard los datos de su rendimiento de camas y sus egresos. Estos datos son codificados por éste y transmitidos al Departamento de Estadísticas de Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, el cual los ingresa a la IBM 360/50, donde se producen los tabulados de análisis.

En la primera parte del presente estudio de las 24 jurisdicciones territoriales argentinas se excluyen Capital Federal, provincias de Buenos Aires y Tucumán,

en virtud de que en el momento de su realización sus datos se encontraban en proceso de tabulación y análisis.

Es así como sabemos que los egresos hospitalarios en el año 1969 fueron 596.736, con una tasa de valores extremos en Córdoba de 36 ‰ y Jujuy con 105 ‰.

De todos los egresos hospitalarios estudiados, las 10 causas más frecuentes están radicadas en los siguientes diagnósticos⁴: el parto sin complicaciones, los accidentes, síntomas y estados morbosos mal definidos, las apendicitis, la colelitiasis y colecistitis, la bronquitis, el enfisema y asma, las enteritis y enfermedades diarreicas, el aborto, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, la hipertrofia amigdalina y la tuberculosis del aparato respiratorio.

El parto es la primera causa de egreso hospitalario en todas las provincias, excepto en Catamarca que está colocada en segundo lugar, luego de las causas mal definidas, con valores límites de 27,7 ‰ de los egresos en Neuquén y 10,9 ‰ en Catamarca.

Los accidentes ocupan el segundo lugar en todas las provincias a excepción de Catamarca, donde ocupa el tercer lugar. Estos significan alrededor del 8 ‰ de los egresos en la mayoría de las provincias; con valores extremos de 5,7 ‰ de los egresos del subsector público en Córdoba y 13,5 ‰ en Tierra del Fuego.

Los síntomas y estados morbosos mal definidos, que pueden corresponder a cualquier órgano, sistema o aparato del cuerpo humano, en la mayoría de las provincias oscila con valores entre el 3 y el 5 ‰, y algunos límites como 1,4 ‰ en Neuquén y 26,8 ‰ en Catamarca.

La apendicitis aparece entre las 5 primeras causas de egresos, menos en Jujuy y San Juan. Oscila su tasa entre el 9,9 ‰ en Formosa y el 2,5 ‰ en San Juan.

Finalmente diremos que la colelitiasis y colecistitis tienen valores extremos de 2,3 ‰ en San Juan y 4 ‰ en La Rioja.

De estos datos resalta en forma evidente que, diagnósticos que corresponden al gran capítulo de la clínica quirúrgica, ocupan los primeros lugares en los egresos hospitalarios de todo el país.

Ahora bien, del total de los 596.736 egresos del año 1969, se realizaron 88.343 intervenciones quirúrgicas: es decir, un 14,8 ‰ del total de los egresos del subsector estatal, con un promedio de días de estada de 16,5 (cuadro 1).

En el mismo año hubo sobre esos egresos, 20.484 defunciones hospitalarias, lo que arroja una tasa de letalidad hospitalaria de 3,4 ‰; el número de fallecidos por operaciones fue de 1.412, lo que da un 6,9 ‰ de muertes por intervenciones quirúrgicas en

relación al total de defunciones y una tasa de letalidad operatoria de 1,6 ‰ $\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos}}{\text{N}^\circ \text{ de operados}} \times 100 \right)$ (cuadro 2).

Analizadas las intervenciones quirúrgicas frecuentes realizadas en la República Argentina en 1969 en las provincias estudiadas, se puede apreciar cuál es el orden de frecuencia (cuadro 3).

Las 10 causas que se presentan como de mayor frecuencia en el total de operaciones realizadas en el país representan el 52 ‰ del total de las intervenciones realizadas en las jurisdicciones consideradas.

La más frecuente es la apendicectomía (21,5 ‰), y no ha variado con la estadística publicada por el Departamento de Estadísticas de la Salud con respecto al año 1968⁵.

En el cuadro 4 ofrecemos la distribución de las cinco primeras causas de operaciones más comunes, distribuidas por provincia, según su orden de frecuencia.

No hemos obtenido información sobre las provincias de Buenos Aires, Corrientes, Chubut, Río Negro, San Luis, Tucumán y Tierra del Fuego. En este cuadro observamos que la apendicectomía es la primera causa en casi todas las provincias, excepto Chaco y Catamarca que ocupa el segundo lugar, y San Juan, donde es la tercera.

El curetaje posparto o posaborto es la primera causa más frecuente en San Juan, es segunda en Formosa, Jujuy, Neuquén, Salta, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero; no encontrándose entre las 10 primeras causas en La Pampa y el Chaco.

Las intervenciones quirúrgicas ignoradas ocupan el primer lugar en Catamarca y Chaco, el segundo en Entre Ríos y La Pampa, el tercero en Santiago del Estero y Formosa, cuarto en Córdoba, quinto en Santa Fe, Neuquén y Misiones y el décimo lugar en Santa Cruz.

Las colecistectomías ocupan el segundo lugar en Córdoba; tercero en Jujuy, Salta y Santa Fe, cuarto en Entre Ríos; quinto en Formosa y Santiago del Estero; sexto en La Pampa, San Juan y Santa Cruz; séptimo en Mendoza y Neuquén, y octavo y noveno en Chaco y Catamarca respectivamente. No aparece entre las 10 primeras en la provincia de Misiones.

La quinta operación más frecuente en el total del país es la de la hernia inguinal. Esta ocupa el tercer lugar en Córdoba, Chaco y La Rioja; cuarto en Formosa, Neuquén, Santa Cruz, Santiago del Estero y Santa Fe; quinto en Salta, Entre Ríos y Jujuy; séptimo en Catamarca y San Juan; octavo en Mendoza, y décimo en Misiones.

CUADRO 1

TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS, NÚMERO DE OPERACIONES, PORCENTAJE DE PACIENTES OPERADOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA EN EL PAÍS. AÑO 1969.

DIVISION POLITICA	Número total de Egresos	Número total de Operaciones	% pacientes operados	Promedio días de estada oper
TOTAL REPUBLICA	596.736	88.343	14,8	16,5
Capital Federal	***	***	***	***
Buenos Aires	***	***	***	***
Catamarca	16.043	1.447	9,0	35,1
Córdoba	72.641	13.431	18,5	20,4
Corrientes	33.251	***	***	***
Chaco	34.732	2.960	8,5	14,4
Chubut	***	***	***	***
Entre Ríos	59.918	5.330	8,9	13,4
Formosa	9.505	1.425	15,0	28,0
Jujuy	30.932	2.688	8,7	26,7
La Pampa	12.025	1.406	11,7	9,9
La Rioja	7.188	844	11,7	13,7
Mendoza	58.387	17.346	29,7	5,6
Misiones	19.365	2.732	14,1	13,0
Neuquén	10.449	1.380	13,2	11,82
Río Negro	20.322	2.154	10,6	15,21
Salta	36.799	5.290	14,4	22,36
San Juan	31.455	7.032	22,4	10,54
San Luis	12.918	***	***	***
Santa Cruz	6.542	898	13,7	9,27
Santa Fe	95.211	15.709	16,5	17,21
Santiago del Estero	28.341	3.814	13,5	16,10
Tucumán	***	***	***	***
T. del Fuego, Antart. e Islas del Sur	712	***	***	***

*** Sin información.

Departamento de Estadística de Salud. SSSP - MBS.

CUADRO 2

TOTAL DE DEFUNCIONES HOSPITALARIAS, TASAS DE LETALIDAD, NÚMERO DE MUERTES POR OPERACIONES, PORCENTAJE Y TASAS DE LETALIDAD OPERATORIA EN EL PAÍS, Año 1969.

DIVISION POLITICA	Número total de defunciones hospital.	Tasa letalidad hospital. por 100	Número de muertes por oper.	% de muertes por operaciones	Tasa letalidad operatoria %
Total República	20.484	3,4	1.412	6,9	1,6
Capital Federal	***	***	***	***	***
Buenos Aires	***	***	***	***	***
Catamarca	190	1,2	15	7,9	1,0
Córdoba	2.751	3,8	263	9,6	2,0
Corrientes	1.238	3,7	***	***	***
Chaco	1.682	4,8	55	3,3	1,9
Chubut	***	***	***	***	***
Entre Ríos	1.971	3,3	126	6,4	2,4
Formosa	357	3,8	17	4,8	1,2
Jujuy	1.162	3,8	76	6,5	2,8
La Pampa	458	3,8	28	6,1	2,0
La Rioja	232	3,3	10	4,3	1,2
Mendoza	2.680	4,6	306	11,4	1,8
Misiones	775	4,0	65	8,4	2,4
Neuquén	430	4,1	31	7,2	2,2
Río Negro	855	4,2	43	5,0	2,0
Salta	1.504	4,1	94	6,3	1,8
San Juan	1.501	4,8	109	7,3	1,6
San Luis	452	3,5	***	***	***
Santa Cruz	280	4,3	18	6,4	2,0
Santa Fe	1.152	1,2	48	4,2	0,3
Santiago del Estero	787	2,8	38	4,8	1,0
Tucumán	***	***	***	***	***
T. del Fuego, Antárt. e Islas del Sur	27	3,8	***	***	***

*** Sin información.

Departamento de Estadística de Salud. SSSP - MBS.

CUADRO 3

LAS 10 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN EL PAÍS, AÑO 1969.
CIFRAS TOTALES POR OPERACIÓN Y PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE
INTERVENCIONES REALIZADAS.

N° de orden	TIPO DE OPERACION	Código OMS/OPS	N° de Operaciones	%
1°.-	Apendicectomía	45,1	18.901	21,5
2°.-	Curetaje después del parto o aborto	77,1	7.153	8
3°.-	Ignorado		3.807	4,3
4°.-	Colecistectomía	53,5	3.681	4,1
5°.-	Reparación de hernia inguinal	41,0	3.280	3,7
6°.-	Amigdalectomía	27,1	2.965	3,3
7°.-	Episiotomía	76,3	2.638	2,9
8°.-	Reparación de laceración obstétrica	77,3	1.553	1,7
9°.-	Cesárea	78,0	1.521	1,7
10°.-	Histerectomía completa o total	72,4	812	0,9
Total			46.311	52

CUADRO 4

ORDEN DE FRECUENCIA DE LAS 10 PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS,
POR PROVINCIA. AÑO 1969.

DIVISION POLITICA	Apendi- cectomía	Curetaje después del parto o aborto	Ignorados	Colecistec- tomía	Operación de Hernia inguinal
TOTAL	1°	2°	3°	4°	5°
Capital Federal	***	***	***	***	***
Buenos Aires	***	***	***	***	***
Catamarca	2°	3°	1°	9°	7°
Córdoba	1°	8°	4°	2°	3°
Corrientes	***	***	***	***	***
Chaco	2°	***	1°	8°	3°
Chubut	***	***	***	***	***
Entre Ríos	1°	6°	2°	4°	5°
Formosa	1°	2°	3°	5°	4°
Jujuy	1°	2°	***	3°	5°
La Pampa	1°	***	2°	6°	4°
La Rioja	1°	6°	***	5°	3°
Mendoza	1°	3°	***	7°	8°
Misiones	1°	3°	5°	***	10°
Neuquén	1°	2°	5°	7°	4°
Río Negro	***	***	***	***	***
Salta	1°	2°	***	3°	5°
San Juan	3°	1°	***	6°	7°
San Luis	***	***	***	***	***
Santa Cruz	1°	2°	10°	6°	4°
Santa Fe	1°	2°	3°	5°	4°
Santiago del Estero	1°	2°	3°	5°	4°
Tucumán	***	***	***	***	***
T. del Fuego, Antárt. e Islas del Sur	***	***	***	***	***

*** Sin información.

Departamento de Estadística de Salud, SSSP - MBS.

CUADRO 5

Nº de orden	Operación	Código OMS/OPS	Total de Operaciones	Total operados fallecidos	Tasa mortalidad operatoria %	Promedio días de estada
1	Apendicectomía	95,1	18.901	41	0,21	7,9
2	Curetaje después de parto o aborto	77,1	7.153	13	0,10	3,7
3	Ignorados		3.807	92	2,4	27,5
4	Colecistectomía	53,5	3.681	54	1,4	23,6
5	Reparación de hernia inguinal	41,0	3.280	14	0,42	21,4

Departamento de Estadísticas de Salud. SSSP-MBS.

En el cuadro 5 ofrecemos las 5 causas de operaciones más frecuentes de las provincias estudiadas y su relación con el número de operados fallecidos por la misma causa, la tasa de mortalidad operatoria y el promedio de días de estada de los operados.

Este cuadro nos muestra que la primera causa de mortalidad operatoria en las 5 operaciones más frecuentes es la de origen ignorado, con una tasa de 2,4 %. Si bien no podemos especificar a qué tipo de intervenciones corresponde, pudiendo ser cualquiera, dificultades técnicas, fallas de perforación de tarjetas o defectos en la confección y/o interpretación de los datos enviados por las provincias, hacen que no se pueda dilucidar el nombre de las intervenciones aquí agrupadas. A esta causa corresponde el promedio de días de estada más alto de 27,5.

La colecistectomía resulta ser la segunda operación con tasa de mortalidad más elevada: 1,4 %. En esta situación no sabemos el riesgo operatorio de los enfermos operados: si bien la tasa de mortalidad es algo elevada, situaciones previas a la intervención como ser: colecistitis aguda, gangrenosas o con peritonitis, pueden aumentar el riesgo quirúrgico. También a estas operaciones corresponde el segundo lu-

gar en cuanto al promedio de días de estada que es de 23,6, lo cual es elevado. Le sigue en orden de frecuencia la operación de hernia inguinal; su tasa de mortalidad es de 0,42 %, ya no tan alta. En este grupo no se incluyen la hernia estrangulada ni la operación por recidiva.

El promedio de días de estada sí es elevado en general, siendo de 21,4.

La apendicectomía ocupa el cuarto lugar como causa de letalidad operatoria dentro de las 5 operaciones más frecuentes. Su tasa no es elevada, 0,21 %, y su promedio de días de estada se mantiene dentro de los límites normales con 7,9.

Por último, tenemos el curetaje después del parto o aborto, con una tasa de letalidad operatoria baja: 0,10 %, y un promedio de días de estada también bajo de 3,7, aunque éstos podían ser menos.

Las causas de mortalidad se encuentran estrechamente ligadas a diagnósticos incorrectos, mala oportunidad operatoria, afecciones concomitantes, fallas en el diagnóstico del riesgo quirúrgico del paciente, técnica quirúrgica no aprobatoria, operaciones de urgencia, edad del paciente, intervenciones complejas y tratamiento posoperatorio no adecuado, etcétera.

CUADRO 6

POBLACIÓN DEL PAÍS EN EL AÑO 1969. NÚMERO TOTAL DE MUERTES QUIRÚRGICAS,
TASA POR 1000 HABITANTES Y MUERTES TOTALES.

JURISDICCION TERRITORIAL	Población	muertes qu. excl. tétanos septicemia y piemia	Tasa %o hab.	Muertes Totales **
Total de las jurisdic.	22.895401	40.287	1,8	133.375
Capital Federal	3.267.837	12.970	4,0	40.807
Buenos Aires	8.311.076	---	---	---
Catamarca	171.319	336	2,0	1.258
Córdoba	1.993.377	5.902	3,0	17.726
Corrientes	557.199	958	1,7	4.021
Chaco	561.044	1.215	2,2	4.788
Chubut	179.077	386	2,1	1.347
Entre Ríos	809.662	1.869	2,3	6.325
Formosa	221.340	300	1,3	1.246
Jujuy	288.748	544	1,9	2.884
La Pampa	169.154	428	2,5	1.276
La Rioja	134.440	207	1,5	755
Mendoza	940.377	2.331	2,5	7.723
Misiones	424.670	785	1,8	3.310
Neuquén	144.181	387	2,7	1.449
Río Negro	246.739	713	2,9	2.603
Salta	488.124	1.148	2,3	4.828
San Juan	377.364	916	2,4	3.065
San Luis	181.430	413	2,3	1.338
Santa Cruz	76.762	169	2,2	498
Santa Fe	2.081.792	5.745	2,7	17.692
Santiago del Estero	490.880	612	1,2	2.110
Tucumán	766.803	1.963	2,5	6.326
T. del Fuego, Antárt.	12.006	---	---	---

En cuanto al promedio de días de estada, debemos tener en cuenta la organización funcional del servicio y/o del hospital, la agilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología), estudio previo del paciente, con éste internado, y las complicaciones posoperatorias que pueden sobrevenir, entre lo más frecuente. Todas estas causas son motivo de aumento en las tasas de letalidad operatoria y el promedio de días de estada.

Como otro dato ilustrativo de mortalidad quirúrgica, en el año 1971 el Departamento de Estadísticas de Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación publicó un trabajo sobre "Mortalidad y diagnósticos presuntivamente quirúrgicos en 22 jurisdicciones territoriales argentinas en el año 1968" ⁶. En éste se utilizó un grupo de 55 causas de defunciones seleccionadas de la lista "A" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (150 causas), cada una de las cuales pudo haber sido susceptible de recibir algún tratamiento quirúrgico, en 88.500 camas del sector suboficial. Se llegó así a la elaboración del cuadro 6.

Continuando con el estado actual de la cirugía en el país y sobre la base de la información documentada en el Departamento de Estadísticas de la Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, pasaremos a transcribir un listado de operaciones realizadas en el año 1969 y consideradas comunes de la cirugía mayor. Se relaciona cada una de éstas con el total de intervenciones realizadas en el país en cada una de las provincias estudiadas, estableciendo así el porcentaje de cada una de ellas en relación con el total de las operaciones y el promedio de días de estada de los pacientes en cada una de ellas.

Debemos hacer notar que las jurisdicciones territoriales estudiadas son 17. No hemos obtenido información actualizada de Capital Federal, provincias de Buenos Aires, Corrientes, San Luis, Tucumán, Río Negro y Tierra del Fuego (cuadro 7).

COMENTARIO

El mayor número de operaciones corresponde a la histerectomía completa o total; se realizaron 1.205, con un porcentaje de 1,23 % sobre el total de intervenciones realizadas en el país; su mayor frecuencia fue en Santa Fe (301), Córdoba (298). Le siguen en orden de frecuencia la sección cesárea clásica con 1.090 y el 1,23 %.

El mayor número de éstas se realizaron en Mendoza (324), Santa Fe (154), Santiago del Estero (124), se continúa con la gastrectomía subtotal con 606 y el 0,68 % del total, la mayoría de éstas se realizaron en Córdoba (861), Entre Ríos (666),

Mendoza (189), Santa Cruz (175). La histerectomía subtotal le sigue en orden de frecuencia con 577 y el 0,65 %; siguen a continuación la tiroidectomía subtotal, la toracotomía y pleurotomía, la mastectomía radical, la craneotomía, la lobectomía pulmonar parcial, las operaciones en los conductos biliares y luego el resto de las señaladas en el cuadro pertinente.

El promedio de días de estada de los enfermos operados más elevado corresponde en orden de frecuencia a la neumonectomía (181), la lobectomía pulmonar (136) y la lobectomía parcial (128).

Este último promedio de días de estada tan elevado suponemos que debe ser por corresponder a enfermos tuberculosos operados en su mayoría.

Le siguen la resección de esófago (52 días), la laringectomía (48 días), colectomía total (44 días), la colostomía (42 días), la toracotomía y pleurotomía (39 días), las operaciones en las válvulas cardíacas, las intervenciones sobre los conductos biliares (38 días y la hepatectomía parcial (36 días); considerando las 10 primeras intervenciones todos los promedios de días de estada son elevados, en general.

Los promedios de días de estada más cortos corresponden a sección cesárea clásica (11 días), anastomía portocava (11 días), extirpación y reparación de aneurisma en vasos periféricos (26 días) y la histerectomía subtotal (18 días).

En general podemos decir que las operaciones más frecuentes de la cirugía mayor tienen un alto promedio de días de estada de los pacientes.

Cabe destacar que el número de supraadrenalectomía, anastomosis portocava, reparación de hernia diafragmática vía torácica, pancreatoclectomía, colectomía total, neumonectomía, resección de esófago, colectomía total y anastomosis de la vesícula biliar realizadas, es bajo.

En resumen, la situación actual de la cirugía en las provincias estudiadas, donde incluimos tres provincias de gran población y centros asistenciales importantes, donde se realiza la gran cirugía (Córdoba, Mendoza y Santa Fe), demuestra que:

1) Entre las 10 causas más frecuentes de egresos hospitalarios, dos de ellas son del dominio de la clínica quirúrgica y ocupan los cinco primeros lugares como ser: las apendicitis y las colecistitis y colelitiasis.

2) De las 10 operaciones más frecuentes, las apendicectomías ocupan el primer lugar en casi todas las provincias, menos en Chaco y Catamarca, que es la segunda, con un total general de 18.901 intervenciones y el 21,5 % del total de las 88.343 operaciones realizadas, lo cual significa a nuestro criterio que es demasiado alto.

Excepto la colecistectomía que ocupa el cuarto

CUADRO 7

LAS 30 OPERACIONES MÁS COMUNES DE LA CIRUGÍA MAYOR, SU FRECUENCIA, PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE INTERVENCIONES Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA DE LAS OPERADAS. AÑO 1969.

Nº de código OMS/OPS	OPERACIONES	Nº de operación	% del total	promed. d/est.
0, 10	Craneotomía	190	0, 02	28
08, 1	Tiroidectomía parcial o subtotal	389	0, 44	30
09, 0	Suprarenalectomía	1		20
22, 2	Laringectomía	45	0, 05	48
28, 2	Resección de esófago	22	0, 02	52
30, 3	Operaciones de las válvulas del corazón	68	0, 07	38
34, 0	Toracotomía y Pleurotomía	261	0, 29	39
35, 3	Lobectomía completa	30	0, 03	136
35, 4	Neumonectomía	18	0, 02	181
35, 2	Lobectomía parcial	119	0, 13	128
38, 3	Mastectomía radical	218	0, 24	24
41, 7	Reparación de hernia diafragmática vía abdominal	68	0, 07	30
41, 8	Reparación de hernia diafragmática vía torácica	10	0, 01	26
44, 2	Gastrectomía parcial o subtotal	606	0, 68	29
44, 3	Gastrectomía completa o total	40	0, 04	36
44, 7	Vagotomía	45	0, 05	37
46, 4	Colectomía parcial	114	0, 12	38
46, 5	Colectomía completa o total	16	0, 01	44
47, 1	Colostomía	84	0, 1	42
51, 1	Hepatectomía parcial	55	0, 06	39
51, 3	Anastomosis porto-cava	5		11
53, 0	Incisión de los conductos biliares	115	0, 13	38
53, 6	Anastomosis de la vesícula biliar	19	0, 02	36
55, 1	Pancreatectomía	16	0, 01	35
56, 1	Esplenectomía	60	0, 06	23
60, 4	Nefrectomía	23	0, 02	35
72, 3	Histerectomía parcial o subtotal	577	0, 65	18
72, 4	Histerectomía completa o total	1. 205	1, 36	21
78, 0	Sección cesárea clásica	1. 090	1, 23	11
88, 1	Extirpación y reparación de aneurisma de vasos periféricos. -	43	0, 04	16

lugar, ninguna operación de cirugía mayor está comprendida entre las 10 primeras intervenciones, que son el 52 % del total de las realizadas en el país, lo cual nos indica que la frecuencia de éstas es baja.

3) Las tasas de mortalidad operatoria de las 5 primeras causas nos parecen algo elevadas en la apendicectomía y en la operación de la hernia inguinal, aumentando más en las colecistectomías (1,4 %) y las operaciones de origen ignorado (2,4 %).

4) Los promedios de días de estada de estos enfermos, que se mantienen más o menos en cifras adecuadas en las apendicectomías y el curetaje después del parto o aborto, se elevan bastante en las colecistectomías y operaciones de hernia inguinal con promedios de alrededor de 3 a 4 semanas. Si bien razones que hacen al funcionamiento hospitalario pueden dar lugar a estos altos promedios, también las complicaciones operatorias así lo hacen. Con respecto a lo primero, creemos que no en todas partes se interna al enfermo estudiado previamente por Consultorio Externo, sino que los estudios preoperatorios se realizan con aquél internado.

5) El número de muertes quirúrgicas: 40.287 (30,2 %) sobre el total de defunciones, que fue de 133.375 en el año 1968, es elevado; si bien la tasa por mil habitantes no es muy alta (1,8 ‰).

6) En lo que se refiere a las 30 operaciones más comunes de la cirugía mayor señaladas, el número es bajo para cada una de ellas, por provincia y en el total en general. Evidentemente nos parece que no todos los cirujanos están capacitados para realizarlas. Por ejemplo, de las más frecuentes que es la histerectomía total, se realizaron 1.205 intervenciones en las 17 jurisdicciones territoriales estudiadas, es decir sólo el 1,23 % del total de operaciones del país estudiadas.

Se realizaron 606 gastrectomías subtotales, el 0,68 % del total de intervenciones. Suponemos que en un país de 23 millones de habitantes y 596.736 egresados por año del subsector oficial, tendría que haber más operaciones de este tipo. Con el resto sucede lo mismo. Si analizamos provincia por provincia veremos que algunas de estas 30 operaciones citadas ni figuran documentadas.

Sabemos que si bien muchas veces las condiciones en que se opera no son apropiadas, también la capacitación del cirujano debe mejorar en su etapa de formación permanente. Si ambas cosas se logran, se podrá realizar mayor número de intervenciones de cirugía mayor.

7) Los promedios de días de estada de los operados por gran cirugía resultan elevadísimos. Si bien en las operaciones pulmonares muchas veces es porque la enfermedad es una TBC que en hospitales de la especialidad le obligan a lapsos pre y posoperatorios prolongados para un mayor control del enfermo, en otras intervenciones como la esofagectomía, laringectomía y colostomía, etcétera, oscilan alrededor del mes y medio como promedio, lo cual nos parece muy alto.

8) En algunas provincias, operaciones menos complejas, como la colecistectomía y la histerectomía, tienen el mayor promedio de días de estada y son la principal causa de mortalidad operatoria de esa provincia.

Todo esto nos induce a pensar que para ofrecer mejor asistencia quirúrgica a la demanda de la población necesitamos mejorar los servicios hospitalarios dándoles estructura adecuada, equipamiento, mejorando su funcionamiento y el de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, hemoterapia, etcétera), y también aportar un número de personal capacitado suficiente, como colaboradores del cirujano (enfermería, técnicos y auxiliares de la medicina). Pero todo esto caería en agua de borrajas si no nos ocupamos especialmente del cirujano como médico, propendiendo a su actualización constante, como el único medio para lograr en él un estado de formación permanente, que en definitiva, con todo lo demás agregado, es la forma de contribuir a que las prestaciones sean adecuadas, y el paciente, único destinatario de estas acciones, se beneficie mucho más, con una medicina acorde con los progresos del mundo científico, y sea partícipe de ese derecho que le corresponde a los pueblos, de tener la mejor calidad de atención médica para su salud.

CAPITULO V

LA EDUCACION MEDICA, PROPULSORA DE LA EDUCACION CONTINUA

En el mundo entero existían en el año 1963, 800 escuelas de medicina³⁸. En América Latina la educación médica fue en sus orígenes importada de los patrones de las Universidades de Salamanca y de París. La escuela francesa tuvo una gran influencia, como ya hemos dicho, en el siglo XIX, y principios del XX. El cambio se produjo con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial (1939-1946), donde se introdujeron modificaciones de fondo en las concepciones educacionales clásicas que regían hasta entonces. Se realizó así el Primer Congreso Mundial de Educación Médica en Londres en 1953, y en las reuniones de curriculum de las facultades de medicina se dijo que éste debía ser simplificado, individualizado, con oportunidades educacionales, que es formación para la especialidad, con tiempo libre e introducción de las ciencias sociales, de las ciencias de la conducta y de la medicina preventiva¹².

A continuación los Estados Unidos de Norteamérica tomaron el liderazgo y comenzaron a influenciar en la educación médica de todo el continente americano. El impacto que esta nueva corriente educacional ha causado en América Latina trajo como consecuencia que muchas actitudes mentales cambiaran, dando lugar así a una transformación de la concepción doctrinaria del proceso educativo en general y del médico en particular.

Se buscó entonces la formación del médico sobre otros parámetros de medida, tratándose de lograr objetivos bien claros y definidos.

El objetivo deseado fue para todos los países latinoamericanos el de resolver los problemas de salud, teniendo como medio a un profesional, capacitado permanentemente y preparado emocionalmente para

comprender y resolver los problemas que a diario se le pueden presentar, ya sea en el medio urbano o en el rural.

Este objetivo considerado así como un ideal, representa la realización de una serie de modificaciones estructurales de nuestro sistema de atención médica y de formación profesional. Lo complicado del problema es que el conjunto descansa sobre situaciones económico-sociales difíciles de resolver, sobre todo en aquellos países llamados en desarrollo.

Además nuestros hospitales no están organizados de forma tal para que las prestaciones sean del todo eficaces y cubran a toda la población indigente. La superposición de los subsectores estatal, paraestatal (Obras Sociales) y privado llevan también a una superposición de acciones de atención médica, que encarecen enormemente el presupuesto nacional para la salud.

Pero también la no siempre definición de políticas de salud y su aplicación a corto, mediano y largo plazo hacen dificultoso el cambio de estructuras asistenciales y el desarrollo de un programa de salud para nuestro país.

En lo que hace al desarrollo de los recursos humanos necesarios para crear una infraestructura sobre la que descansa todo el sistema de salud, se encontraron grandes déficit, como el de enfermeras, personal técnico y auxiliar y una mala distribución de profesionales médicos, que están acantonados en las grandes ciudades y son escasos en los médicos rurales. En nuestro país: Capital Federal y conurbano, hay 1 médico cada 278 habitantes; Córdoba, 1 médico cada 404 habitantes y San Juan, 1 médico cada 352 habitantes.

Otro ejemplo de lo dicho lo vemos en el "Estudio sobre Salud y Educación Médica", organizado por la ex Secretaría de Estado de Salud Pública, la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina y la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se nos dice que nuestro país en el año 1970 tenía 50.234 cargos de médicos, distribuidos en 5.699 establecimientos hospitalarios del orden estatal, paraestatal y privado. De aquéllos, 14.352 correspondían a cargos de cirujano, los cuales se encuentran repartidos solamente en 1.950 hospitales de los más arriba señalados³⁹.

En cuanto al número de cargos de enfermeras, el estudio nos informa que hay 40.255, distribuidas en 5.492 establecimientos. Estos cargos están agrupados de la siguiente forma:

Enfermeras universitarias: 357 en 224 establecimientos.

Enfermeras diplomadas: 14.114 en 1.941 establecimientos.

Auxiliares de enfermería: 8.862 en 1973 establecimientos.

Otras: 16.892 en 3.759 establecimientos.

En lo que se refiere al número de cargos de personal paramédico, éstos se encuentran en la siguiente situación:

Auxiliares o técnicos de laboratorio:

Con título	1.005
Sin título	1.285
Total	2.290

Auxiliar o técnico de radiología:

Con título	1.340
Sin título	853
Total	2.193

Auxiliar o técnico de hemoterapia:

Con título	675
Sin título	472
Total	1.147

Auxiliar o técnico de anatomía patológica:

Con título	170
Sin título	139
Total	309

Dietistas	491
Asistente social y visitadora	1.877

El problema existente es que los cargos de médicos, de enfermería y personal técnico y auxiliar, se en-

cuentran radicados en su mayoría en los centros urbanos.

Este estudio no nos dice el número de personas existentes en cada profesión en el país, sino el número de cargos únicamente, considerando que la gran mayoría tiene como mínimo dos cargos y un máximo de tres en algunas oportunidades.

Lo que sí podemos decir de este estudio es que se calcula que el país tendría alrededor de 45.340 médicos¹⁷, con una proporción de un médico para cada 522 habitantes, es decir el 55,9 % de la población tiene un médico cada 435 habitantes; el 44 % restante que vive en ciudades de menos de 100.000 habitantes tiene un médico cada 3.216 habitantes (Provenzano, 1964), lo cual nos colocaría entre los primeros del mundo.

Si usamos otra relación, tendríamos que hay 191 médicos cada cien mil habitantes en América; sólo Uruguay y Canadá tienen cifras superiores a la Argentina; en Inglaterra hay 115 médicos cada 100.000 habitantes; en Francia, 121 médicos cada 100.000 habitantes; en Italia, 133 médicos cada 100.000 habitantes, y en Rusia, 210 médicos cada 100.000 habitantes (OMS 1960).

Lo que podemos afirmar es que falta personal de enfermería capacitado (enfermeras universitarias, diplomadas o profesionales y auxiliares) y personal técnico y auxiliar de la medicina que es sumamente escaso.

Es así como con estos datos vemos que esa corriente renovadora que era la educación médica, tropezaba con serios inconvenientes en los países latinoamericanos, y en el nuestro en particular. Si a ello le agregamos que los organismos institucionales tradicionales de impartir la educación superior, como son las Universidades, poseen estructuras administrativas rígidas y planes de estudio estáticos, con escasez de cuerpo docente con dedicación exclusiva, enseñanza fundamentalmente teórica, un número de estudiantes de medicina superior a la capacidad docente de la institución, presupuestos magros y fallas de coordinación entre la entidad formadora y la receptora de ese producto, nos encontramos ante una situación muy difícil de resolver, para lograr el objetivo propuesto.

Por ello es que la educación médica es expresión de una corriente renovadora, busca en la formación de los recursos humanos el mejoramiento de la atención médica de la población, sobre bases educacionales firmes, sin desconocer las situaciones económico-sociales en que vivimos en nuestro país, las necesidades de la formación permanente de sus recursos humanos y la coordinación entre los organismos nacionales, provinciales y municipales, encargados de ofrecer la mejor salud a la población.

Aunque todo esto parezca ser un esquema teórico ideal, no podemos dejar de reconocer que esta corriente renovadora de cambio en las instituciones asistenciales y educativas tiene el valor de que ya se ha iniciado en América Latina y su desarrollo, si bien es lento, resulta ser progresivo. En los últimos 10 años, organismos internacionales como la Organización Mundial de Salud, han dictado normas de atención médica. La Oficina Panamericana Sanitaria ha constituido reuniones de expertos sobre temas de atención y/o educación médica tratando de resolver los problemas que el continente afrontaba. La constitución de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, formada por las Asociaciones de Facultades de Medicina de todos los países de América, contribuyó a la educación médica, con seminarios y laboratorios de pedagogía, y desarrollando programas de estudios especiales para lograr un diagnóstico de la situación imperante, y buscar de corregir todo aquello que no se adapta a una realidad nacional.

En nuestro país la creación de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina en 1961, y su desarrollo, a partir de 1967 con la presidencia del doctor Andrés Santos, fue un factor decisivo en este proceso de renovación.

Sus realizaciones concretas se traducen en cuatro conferencias nacionales de educación médica (Mendoza, Corrientes, Córdoba y Tucumán) y la organización de la Tercera Conferencia Latinoamericana de Educación Médica en Buenos Aires, en 1970.

Finalmente las reuniones anuales de autoridades de salud pública, que se iniciaron en 1966, y recientemente la creación del Comité Federal de Salud (COFESA) en 1972, son hechos positivos que están contribuyendo a ese cambio deseado, que fundamentalmente debe comenzar por el de la propia actitud mental de cada uno, para ser así receptivo a las transformaciones que hay que realizar para brindar la mejor salud a la población, como un real derecho de la humanidad.

Peró los cambios más novedosos de la educación médica que se han producido en nuestro país se vieron con la puesta en marcha de las Unidades Hospitalarias en el pregrado y la implantación del Sistema de Residencias Médicas en el posgrado inmediato, como mecanismo idóneo para la especialización.

Otros cambios producidos han sido los curriculares que se han puesto en marcha en algunas Facultades de Medicina del país con modificaciones de sus planes de estudio. La enseñanza de la Medicina Preventiva se introdujo según las recomendaciones de los Seminarios de Enseñanza de la Medicina Preven-

tiva en Viña del Mar, Chile, en 1955, y Tehuacán, México, en 1956.

La introducción del internado rotatorio en la última etapa del pregrado en la Facultad de Medicina de Mendoza, Corrientes, Del Salvador y en la de Buenos Aires en el posgrado.

La creación de los Departamentos de Educación Médica en las Facultades Del Salvador, Nordeste, en Corrientes, y de Buenos Aires, como organismos normativos de la educación médica que se desarrolla en el ámbito de la competencia de cada una de ellas; el Departamento de Recursos Humanos e Investigación de la actual Subsecretaría de Salud Pública de la Nación y los Departamentos de Docencia e Investigación en algunas Subsecretarías de las provincias argentinas, son hechos concretos que hablan de una transformación progresiva.

El desarrollo de los Departamentos de Graduados en las Facultades de Medicina, y finalmente los numerosos programas de mejora de métodos de enseñanza que procura la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFAMERA), donde participan los docentes de todo el país, son en definitiva aportes importantes al desarrollo de la formación de médicos en el país.

El panorama general en América Latina ha sido más o menos similar hasta el día de hoy, pero en los comienzos de la educación médica en el continente se ha tropezado con una serie de inconvenientes, propios del desarrollo progresivo de esta parte del mundo.

Fue así como las primeras Escuelas de Medicina se establecieron en Santo Domingo y Ciudad de México en el siglo XVI. Durante los siglos XVII y XVIII hay un nuevo aumento lento, creándose 5 facultades de medicina, y recién en el siglo XIX hay un rápido aumento al mismo tiempo que se eleva el prestigio de la medicina. Entre los años 1840 y 1940, el crecimiento sigue siendo lento pero ya progresivo, hasta llegar como hemos dicho antes a la Segunda Guerra Mundial, en que se produce un incremento rápido y además un considerable aumento de la matrícula de sus alumnos²¹.

En el año 1970, la situación de la educación médica en América Latina era como lo indica el cuadro siguiente (Cuadro 8) (extractado de García J. C.: "Características generales de la educación médica en América Latina, OPS/OSP/OMS, 1970)²¹.

Este cuadro nos enseña que de los 22 países estudiados, con Colombia ocupamos nosotros el tercer lugar, en cuanto a países con mayor número de escuelas médicas. El primero lo ocupa Brasil con el 44 % de las escuelas y México el segundo, con el 15 % del total.

En cuanto al número de estudiantes, la Argentina ocupa el primer lugar, siguiéndole Brasil y México.

CUADRO 8

LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LATINOAMÉRICA.

PAIS	N° de escuelas de medicina	N° de estudiantes	N° de graduados	% anual de incremento
Argentina	9	27.790	2.569	6,8
Bolivia	3	2.179	125	5,4
Brasil	69	21.907	2.046	6,3
Colombia	9	3.572	353	5,3
Costa Rica	1	188	15	-
Cuba	3	4.516	453	4,3
Chile	5	2.320	233	0,0
El Salvador	1	323	40	0,0
Guatemala	1	551	55	11,1
Haití	1	416	*	-
Honduras	1	176	82	25,9
Jamaica	1	372	60	15,2
México	22	20.127	1.957	14,8
Nicaragua	1	245	49	4,6
Panamá	1	148	**	-
Paraguay	1	272	47	0,0
Perú	7	2.580	326	5,8
Rep. Dominicana	2	1.109	204	19,8
Surinam	1	59	-	-
Venezuela	7	5.491	477	6,3
Uruguay	1	2.224	234	14,4
Ecuador	4	1.160	183	18,7
TOTAL	151	98.245	9.455	7,8

* No se obtuvo información.

** No hubo graduados.

García J. C.; *Características de la Educación Médica en América Latina* (OPS/OSP/OMS). 1970.

Evidentemente no se guarda ninguna relación entre nuestro país, que con 9 facultades tiene 27.790 alumnos, y Brasil que con 69 facultades y México con 22, tienen 21.907 y 20.127 alumnos respectivamente. Es decir, los alumnos de estos 3 países totalizan el 71 % de los estudiantes de medicina de América Latina.

En cuanto a los graduados durante el año 1970, seguimos ocupando el primer lugar; siguiendo en orden de frecuencia Brasil y México. Estos tres países graduaron en ese año el 69,6 % de todos los graduados de América Latina.

En lo que se refiere al porcentaje anual de crecimiento de los alumnos, la Argentina ocupa el octavo lugar, teniendo Honduras el primero. Todo esto indica una verdadera distorsión en la formación de médicos en América Latina.

Si nos abocamos al estudio de la relación profesor-alumno observamos verdaderas irracionalidades. Por ejemplo: en la Argentina esa relación, tomando como base al profesor a tiempo completo, es de 1 a 152. Bolivia tiene 1 a 2.179; República Dominicana 1 a 1.109. En Chile la situación es diferente, la relación es 1 a 3,8; lo mismo sucede en Costa Rica que es de 1 a 4,4. Todo esto lleva a que en el momento actual América Latina posea 134.000 médicos en ejercicio profesional, es decir una tasa de 5,5 médicos por 10.000 habitantes⁷, para una población estimada en 244.000.000 de personas.

Esta tasa oscila ampliamente entre 0,9 y 14,9 médicos por cada 10.000 habitantes, lo que demuestra que hay países que poseen un número suficiente de médicos, mientras otros están en situación grave ya que se encuentran debajo de los límites para dar un mínimo de atención médica a la totalidad de sus habitantes. Si a esto agregamos que en cada país la distribución geográfica de los médicos es también inadecuada (grandes concentraciones urbanas y escasez en medios rurales), la situación es más grave aún.

Esta incoordinación de acciones entre las instituciones formadoras y las receptoras del producto que forma nace fundamentalmente porque:

1º) La creciente demanda de los estudios médicos ha traído un rápido incremento de las escuelas médicas y su más fácil acceso a ellas, con el consiguiente incremento del número de alumnos y por ende de graduados, aunque no paralelamente a la de profesor a tiempo completo.

2º) Hay disociación entre la educación médica y el sector salud, desde el momento que no hace ninguna planificación de la formación de los recursos humanos para la salud.

3º) No existen incentivos para que el médico ejerza en las zonas rurales más necesitadas, por su pobre

desarrollo socio-económico, falta de medios para realizar una medicina acorde con un mínimo de garantías a veces, alejamiento de los centros médicos para la consulta y sus posibilidades de educación continua, dificultades para conseguir vivienda apropiada, etcétera.

Pero todos aquellos que nos hemos dedicado a la educación médica creemos que nuestros ojos deben estar siempre puestos en un acercamiento entre las Universidades y los Ministerios de Salud, porque sabemos que sólo a través de un acuerdo entre estas dos grandes instituciones se podrá lograr el objetivo enunciado de "formar al médico que el país necesita, con vocación de servicio, actitud preventiva y sentido social", y dispuesto a mantener su educación continua y servir en las regiones en que sea necesario, con la dignidad propia de su forma habitual de vida y de su ejercicio profesional.

El desarrollo de la educación médica en nuestro país tomó impulso en noviembre de 1957, en que se llevó a cabo en Buenos Aires el Primer Congreso de Educación Médica en la Argentina, organizado por la Asociación Médica Argentina.

La consecuencia práctica de sus recomendaciones fue la creación del Comité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, cuya prédica incessante a través de congresos y jornadas, así como las reuniones convocadas por el Comité de Residencias Hospitalarias fructificaron en dignas iniciativas y realizaciones, en las diferentes Escuelas Médicas y en algunos organismos administradores de la salud.

Se inició así un crecimiento, que necesariamente fue lento, pero incontenible, en cuanto a modificaciones del método educativo y del contenido de la enseñanza de la medicina.

Los fundamentos de ese pretendido cambio eran obvios; son los incesantes progresos de las ciencias médicas con un inmenso caudal de información básica, que es cambiante y que el estudiante o el médico deberá recibir durante toda su vida, pero sintetizado e integrado.

Es el progreso de la pedagogía médica, que enfatizado en el aprendizaje del educando, busca su capacitación para hacerlo aprender durante toda la vida.

Y finalmente es la necesidad imperiosa de formar íntegramente a un profesional en los aspectos científicos, técnicos, éticos y humanos, y capacitarlo para servir a la sociedad como un agente del cambio social, un líder que integrando el equipo de salud lo conduzca y sean ellos los encargados de contribuir a elevar el nivel de vida, como un objetivo de desarrollo económico y de progreso social.

Casi simultáneamente con este proceso, fue cuando el Consejo de Decanos de las Facultades de Medici-

na de la República Argentina, a través del cual se trataba de llevar en forma coordinada a la práctica los cambios enunciados, se transforma luego en la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, como ya lo hemos enunciado, y el progreso siguió así, hacia adelante.

Es destacable señalar tres aspectos durante toda la evolución de la educación médica en la Argentina; ellos fueron que *siempre se buscó adecuar la enseñanza de la medicina a las necesidades nuestras, a la realidad sanitaria y a los problemas de salud existentes en el país.*

Si bien el problema de la educación médica suele ser a veces difícil de entender, debemos hacer un examen profundo de la evolución del pensamiento médico y de su naturaleza para comprenderla mejor.

El espíritu de la indagación objetiva, base de todo progreso científico, se remonta a la época de Hipócrates. Dijimos ya que la práctica médica hasta el siglo XVIII era en gran parte un ejercicio empírico, que estaba mucho más cerca de la magia que de la ciencia. Pero la maduración de las disciplinas anatómicas y el nacimiento de la patología experimental en el siglo XIX, seguidos de la aparición de la fisiología y la farmacología en el siglo actual, ofrecieron bases científicas sólidas a la enseñanza de la medicina.

Al mismo tiempo las investigaciones aumentaron considerablemente en cuanto a su complejidad: el descubrimiento de técnicas especiales y el aumento progresivo de los conocimientos sobre las estructuras y funciones del cuerpo humano han dado lugar a que las Ciencias Médicas comiencen a fraccionarse en especialidades cada vez mejor definidas. Los nuevos adelantos en la educación, la mejora de métodos y técnicas de enseñanza que paralelamente se iban utilizando, daban lugar a la formación de un médico mejor preparado y con una actitud de autoeducación permanente para afrontar los hechos que se sucedían en la profesión por él elegida.

Esta evolución ha tenido una repercusión profunda en la organización y las actividades de las Facultades de Medicina y también en la sociedad.

La demanda de nuevos y mejores servicios asistenciales aumenta sin cesar, y esto exige la formación de un personal de salud cada vez más numeroso y con características algo distintas del clásico que producían los sistemas de enseñanza tradicionales.

Es así como las Facultades y Escuelas de Medicina se fueron viendo sometidas a una presión que las obligaba a reorientar sus investigaciones y métodos de enseñanza y no consagrarse exclusivamente a la enfermedad y sus manifestaciones moleculares, pero sí a la salud y a los medios de conservarla.

De allí la actitud preventiva y el sentido social

que se desea inculcar a estos profesionales, que van a actuar en agrupaciones sociales de distinto origen pero de una misma naturaleza, porque, en definitiva, son los hombres a quienes van dirigidas todas estas acciones.

Toda esta evolución de los conceptos clásicos culminó con algo que ya hemos mencionado pero todavía no hemos profundizado. Es que docentes, administradores de salud y educadores médicos llegasen a una conclusión archiconocida, ésa de que "el médico debe siempre estudiar".

Evidentemente la sola justificación de la enseñanza es fomentar el aprendizaje, considerándolo a éste como un proceso individual, que supone un esfuerzo activo por parte del que aprende y no una simple transmisión de conocimientos por parte del que enseña. Y si el objetivo de la enseñanza es facilitar el aprendizaje, pues deberemos usar métodos docentes adecuados y material correcto y seleccionado.

Entonces todos aquellos que pensamos que el médico debe siempre aprender, también debemos buscar la forma y el momento; es decir el "cómo y el cuándo".

Que como educación será simplemente crear una actitud con la cual se facilitará el aprendizaje, y como continua, consistirá en integrarla dentro de un proceso que termina con la vida profesional.

El avance incesante de los conocimientos del hombre, como resultante de un mundo siempre cambiante y en pleno desarrollo, coloca al ser humano frente a la vida, a sus pares y su propia profesión en una situación de angustia; ésta lo obliga a estar siempre comprometido de los progresos y de la evolución científica de los conocimientos, para no quedarse atrás y poder así competir en la lucha para alcanzar los objetivos que él mismo se ha señalado.

El hombre siempre ha sido en la sociedad que actúa un real agente de cambio. Sus conocimientos transmitidos a los demás provocan el desarrollo de nuevas actitudes como respuesta a lo nuevo que se aprende y despierta así en ellos un espíritu de indagación de lo desconocido o de evolución, para colocarse en un mismo nivel de conocimientos o superarlo, para su constante lucha por la vida.

Pero los acontecimientos no surgen en él como por arte de magia; su propia imaginación, su mentalidad inquisitiva y creativa y su constante estado de alerta frente a los cambios y transformaciones que sufre el mundo lo llevan a asimilar todo lo nuevo que encuentra en su camino, hasta adoptar así un estado psíquico determinado que lo coloca finalmente en un plano de evolución mental permanente, lo que lo hace sensible a todo aquello que a nuevos conocimientos se refiere.

Esta transformación progresiva del hombre comienza quizá desde que tiene noción de vida, con el uso de la razón y el reconocimiento de las cosas, dándole a cada una de ellas un valor determinado. Sus primeros pasos por la escuela primaria le van haciendo adquirir conocimientos nuevos, que con carácter acumulativo poco a poco van contribuyendo a la formación de su personalidad. El influjo familiar, el colegio secundario y su vida de relación moldean su carácter, él hace mayor uso de la razón, y va adquiriendo conocimientos que descomponen y los transforma en su mente inquisidora.

Cuando define su vocación profesional ingresa a la Universidad, y allí comienza otra etapa de su vida, la de su educación superior. Si bien sus ansias de saber y su rebeldía juvenil son su motor permanente, también se encuentra solo, en medio de lo que él cree que es un mundo desesperado, en el cual busca su propia intervención para cambiarlo.

Durante este período de su vida, el universitario, sus conocimientos se acrecientan sobre bases preexistentes más o menos sólidas y que se sectorizan en una disciplina determinada, según la carrera elegida, hasta que luego de varios años obtiene el grado, que lo habilita a través de un diploma a ejercer su profesión.

Pero la continuidad educativa del hombre es parte integral de su vida misma, ya hemos dicho, y no sólo se realiza a través de la escolaridad primaria, secundaria y universitaria, sino además durante toda aquella enseñanza que recibe en forma paraescolar, extrauniversitaria, y durante su vida profesional y extraprofesional.

Sucede que el ser humano se dedica a aprender durante toda la vida, y el concepto de educación continuada es algo innato que lo lleva dentro de sí en forma permanente, pero siempre y cuando se haya creado en él una disposición especial de mantener esa continuidad de recepción de contenidos que le brinda la enseñanza durante toda la vida.

La educación continua así vista marcha en forma paralela con el desarrollo del hombre y la constitución de su personalidad, constituyéndose en la mayoría de las veces él mismo, en educador y en educando; no para el simple hecho de acumular conocimientos, sino por la razón de que debe asimilarlos y darles un papel determinado, el que es cambiante con el proceso de su vida misma.

Su paso por los estudios superiores que le ofrece la

Universidad lo colocan frente al ritmo acelerado del crecimiento científico y técnico, que por regla general son tantos y tan complejos que le impiden adaptarse a ellos.

El hombre entonces se exige a sí mismo un esfuerzo que lo obliga a adoptar actitudes, desarrollar aptitudes y adquirir habilidades y destrezas, que lo hacen adaptarse progresivamente a las nuevas situaciones que se le presentan.

Pero para todo ello es necesario un estado de ánimo permanente y una actitud mental y espiritual dispuesta a recibir e intercambiar información actualizada constantemente.

Evidentemente, cuando más profundizamos sobre el tema corremos el peligro de entrar en esquemas teóricos y filosóficos de difícil aplicación práctica. Pero resalta a la vista que debe haber una revisión completa de los contenidos y métodos de enseñanza, comenzando por la escolaridad primaria, pasando por la secundaria, culminando en la universitaria y terminando en la educación que recibe como profesional durante su vida posuniversitaria.

Un aspecto muy interesante e importante es la fase del aprendizaje que corresponde a su vida profesional, en la cual debemos destacar algunos hechos fundamentales.

El primero de ellos aparece cuando inicia su *especialización*. Con esto queremos referirnos a ese momento de su vida profesional, que por lo general prosigue a la obtención del grado, y durante el cual "adquiere conocimientos, hábitos y destrezas técnicas en un área específica de su profesión, delimitada por distintos factores, y que lo convierte así en un experto, por las habilidades adquiridas y su especial dedicación".

El segundo hecho importante aparece entre la fase de su especialización y el fin de su vida profesional. Esta que puede durar tantos años como los que le costó educarse desde niño, hasta obtener el grado universitario, tiene una importancia tal que lo obliga a un cambio constante de actitudes a través del *perfeccionamiento y la actualización permanente de los conocimientos*.

El tercer y último hecho a destacar es el de la *autoeducación*, que también es continua, y se realiza sobre la base de los conocimientos ganados, como fruto de la experiencia personal, que no tiene otro sustituto y es adquirida durante la vida profesional.

CAPITULO VI

LA EDUCACION CONTINUA DEL MEDICO

En el tercer documento preparado por el consultor especial, doctor John B. Grant, para las discusiones técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Minneapolis, Minnesota, el 30 de agosto de 1962, se dice en uno de los acápites dedicados a la utilización efectiva de los recursos destinados a salud²²:

"Deberá darse mayor énfasis al desarrollo de un sistema organizado de *educación continua*, para todos los niveles del trabajador de salud. Esto implica, *educación continua* por un lado y la promoción de adiestramiento profesional adecuado por otro. Es imperativo reconocer que en el campo de la salud, el servicio, el adiestramiento y la investigación son partes de un todo. La regionalización puede unir las instituciones relacionadas por el adiestramiento del personal médico, paramédico y del servicio social y las agencias que prestan los servicios".

Consideramos que esta frase es de un inmenso valor y prácticamente lo dice todo: adiestramiento del personal del equipo de salud, educación continua para todos ellos, regionalización y coordinación entre instituciones formadoras y las utilizadoras del personal y prestatarias de acciones de salud.

Es que el ritmo acelerado de los progresos médicos y los cambios que éstos producen en forma conjunta con los económicos y los sociales, en una sociedad en constante puja de superación, como es la del siglo xx, hacen que el médico sea el primer gran actor en este proceso de desarrollo científico y técnico, y que crea la necesidad imperiosa de mantener sus conocimientos permanentemente al día.

Únicamente así podrá brindar una medicina de

calidad frente a una demanda de atención médica que así lo exige día a día.

Ya nadie niega que el progreso científico marcha en forma paralela con los avances tecnológicos en el mundo entero.

Ambos, conjuntamente con los nuevos horizontes que se abren en el campo de la educación, contribuyen grandemente a formar un médico moderno que pueda satisfacer ese grito social de mejor calidad de asistencia para todo aquel que la necesite y mayor prevención como un deber de su profesión y un derecho de sus beneficiarios.

En la época en que vivimos ya no se discute que el adiestramiento forma parte esencial de la formación del médico. Este es un medio, que al darle los conocimientos prácticos de nuevas técnicas y entrenándolo en sus usos, lo coloca en un plano de capacitación por encima de aquel que funda su educación exclusivamente sobre bases teóricas, las cuales aunque tengan un buen fundamento científico-técnico, le impiden su puesta en acción de una manera eficiente.

Evidentemente, la enseñanza teórica en el médico debe guardar un equilibrio lógico con la práctica. Pero esta última, cuando es bien enseñada y bien aprendida a través del uso progresivo y constante de métodos y técnicas, tiene como resultado fundamental el aprendizaje de un método de trabajo y subsidiariamente el aporte de experiencia personal por el hecho de aprender en servicio activo (*Learning by doing*). Por ello es que consideramos que el adiestramiento del médico a través de la capacitación en servicio debe ser una forma de educación que tiene siempre que estar presente en cualquier programa educacional en que aquél intervenga.

Sabemos que el médico por naturaleza es y ha sido siempre un lector de lo que a su profesión le concierne. Muchas veces diríamos que casi dedica la mayor parte del tiempo de lectura a aquella relacionada con su profesión. En otras se desborda y busca aumentar el caudal de sus conocimientos en temas que hacen a su formación general y no exclusivamente médica.

Hemos dicho también que él es un estudioso para toda la vida. Y es así, pues la experiencia le ha enseñado que no todas las enfermedades repercuten de igual forma en todos los pacientes, ni todos los enfermos responden idénticamente ante la agresión de los mismos agentes patógenos que provocan las enfermedades. El médico como científico puro o como profesional de la salud siempre busca aquello que le dará nuevas armas para su lucha contra la enfermedad. Para conseguirlo, estudia y consulta, asiste a eventos científicos, escucha y piensa, practica y adquiere experiencia, y así poco a poco va adquiriendo seguridad en sí mismo e información, así como un sin fin de enseñanzas que usará en su vida profesional para ese noble fin de llevar salud a los demás.

Además sabe que no puede quedarse atrás, cree un deber marchar al unísono de los nuevos descubrimientos del mundo médico.

Como hombre diríamos nosotros, como médico, y sobre todo por ese sentido especial que es el de la responsabilidad ante sus enfermos y ante esa sociedad que le rodea, está obligado a permanecer continuamente informado y capacitado, porque desea la mejor medicina para ella.

Pero el médico no puede abarcarlo todo y tiene que reducir sus nuevos conocimientos a aquellos que realmente le son imprescindibles para el buen manejo de sus pacientes. Otras veces la competencia profesional lo obliga a exigirse a sí mismo, y trata de demostrar a sus pares que él está informado o adiestrado, ya sea esto en un ateneo o en una consulta o en un examen de oposición frente a un tribunal, que de acuerdo con sus conocimientos lo desechará o le hará acreditarse un cargo en el concurso. El siente que debe mostrar que domina su profesión y para ello también estudia o concurre a toda clase de cursos, aunque muchas veces el producto obtenido sea escaso o nulo.

Pero así y todo, y analizando la profundidad de estos hechos, vemos en él que su espíritu de hombre de ciencia siempre, cualquiera fuese la causa o motivo que lo induce, le hacen adoptar una posición positiva ante los nuevos conocimientos del mundo científico, e inconscientemente o conscientemente se sitúa en la realidad de los progresos médicos que se suceden.

Este período de su nueva vida que es el que co-

rresponde a su *educación continua propiamente dicha* comienza justo allí cuando inicia su vida profesional y se pone en contacto con la realidad de la vida médica, ya sea ésta en el hospital, en su consultorio particular o en el medio rural, si es allí donde ejerce y donde su vocación de servicio le hace ofrecer sus conocimientos y habilidades a los demás.

Por esto es que decimos que en el hombre la educación continuada es un largo proceso de aprendizaje de toda la vida. En el médico, se localizan los conocimientos en el aspecto científico y técnico de la profesión, que comienza cuando como estudiante ingresa a la Facultad de Medicina, adquiere el grado, se especializa y termina con la vida profesional. Por ello es que la llamamos *educación continua*, y la del profesional como tal comienza en el posgrado, luego de su especialización y continúa hasta el final del ejercicio profesional, con el perfeccionamiento y la actualización permanente. Por ello es que la denominamos *educación continua propiamente dicha* del médico.

Para una mejor interpretación nos animamos a definir la *educación continua del médico* como "un proceso educacional que descansa sobre bases pre-existentes, estrechamente ligado a la vida profesional y que forma parte de ella, pues es su vida misma. Se inicia con una primera etapa de aprendizaje de los conocimientos médicos que le brinda la Universidad; se continúa después de haber recibido el título habilitante con la adquisición de nuevos hábitos, nuevas actitudes y destrezas técnicas durante la etapa focalizada de la especialización, manteniéndose los conocimientos posteriormente en una constante evolución; cambiante con los progresos de la medicina y durante el resto de su vida profesional. Última etapa, para la cual necesita crearse en él una actitud receptiva de permanente actualización y perfeccionamiento, lo cual con el agregado de la experiencia personal (autoeducación), adquirida en la práctica constante, lo definen al médico como un profesional responsable".

La *especialización médica* "es una parte del proceso de la educación médica continua, por la cual se logran aprender los conocimientos completos de un área circunscripta de la medicina que tiene características propias que la definen como tal y la diferencian de las demás. Se realiza a través del aprendizaje metodizado, el que se instrumenta con el adiestramiento y le hace adquirir al educando hábitos, actitudes y destrezas técnicas, que lo acreditan experto en una especialidad".

Educación continua propiamente dicha "es otra parte del proceso de educación continua del médico, que se realiza durante toda la vida profesional, se inicia a continuación del aprendizaje de una especia-

lidad médica reconocida, cuando pasa a la vida profesional activa, donde adquiere a través de la actualización y el perfeccionamiento nuevos conocimientos que, con el agregado de la experiencia personal adquirida, lo sitúan acorde con la evolución del mundo médico y lo mantienen informado permanentemente hasta el ocaso de su vida profesional".

Como ya hemos dicho anteriormente, durante la etapa de educación médica propiamente dicha, luego de la especialización, el médico entra en un proceso permanente de actualización y perfeccionamiento constante. Por ello nos corresponde ahora definirlos de la siguiente manera:

Actualización médica "es parte del proceso de la educación médica continua propiamente dicha y se realiza a través del aprendizaje no necesariamente metodizado de un tema de interés, por el cual se llevan los conocimientos adquiridos al tiempo pre-

sente, no requiriendo para esto un adiestramiento especial".

Se traduce en la práctica por cursos de corta duración, lectura de bibliografía médica actualizada, asistencia a eventos científicos (congresos, jornadas, conferencias, etcétera), diálogos médicos con profesionales de mayor experiencia, confección de trabajos científicos.

Perfeccionamiento médico "es otra parte del proceso de la educación médica continua propiamente dicha y se realiza a través del aprendizaje por un método adecuado y en un área específica, por el cual se profundizan los conocimientos, mejorándolos y adquiriendo otros nuevos, tratando de llegar a un acabamiento completo". Se traduce por cursos de larga duración, que incluyen el adiestramiento en servicio. En el siguiente esquema (Cuadro 9) sintetizamos todo lo expuesto.

CUADRO 9

<p style="text-align: center;"><i>Educación continuada del hombre</i></p> <p>Es su formación permanente. (Define y acentúa su personalidad, moldea su carácter, desarrolla su vocación profesional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> A) Escolaridad primaria B) Escolaridad secundaria C) Educación superior D) Educación médica continua (vida profesional) E) Factores familiares F) Factores sociales y de vida de relación 	<p>1ra. etapa: <i>Pregrado</i> (c)</p> <p style="padding-left: 20px;">Culmina con el otorgamiento del título de "médico".</p> <p>2da. etapa: <i>Especialización</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Residencia médica. b) Curso universitario de larga duración. c) Asistencia a un servicio hospitalario de la especialidad elegida. <p>3ra. etapa: <i>Educación médica continua propiamente dicha</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Actualización médica. b) Perfeccionamiento médico. c) Experiencia personal (autoeducación).
---	--	---

Debemos hacer notar que no siempre el médico desarrolla una actividad médica determinada. Muchas veces a continuación de su graduación se dedica a la medicina general, sin haber hecho la segunda etapa de especialización, pero necesariamente necesita la tercera, de educación continua médica propiamente dicha, y desarrollar su propia experiencia personal.

La actualización y el perfeccionamiento médico son procesos educacionales que no necesariamente uno tiene que seguir al otro. Ejemplo: Un médico puede en un año haber realizado tres cursos consecutivos de actualización y uno final de perfeccionamiento. O puede haber hecho su actualización por el estudio y la lectura de textos o revistas médicas en forma continua sobre distintos temas, y lue-

go realizar un curso de perfeccionamiento.

Esta tercera etapa, o de la educación médica continua propiamente dicha de la vida del médico, en la cual se suceden la actualización y el perfeccionamiento, con la suma de la propia experiencia personal, adquirida en una práctica constante durante el ejercicio profesional diario, es en definitiva gran parte de la vida del médico.

Es entonces cuando vemos que todo este proceso educacional lo debemos ubicar en el mundo que vivimos; mundo de grandes transformaciones sociales, donde el hombre está llegando progresivamente a tener un mejor concepto de sus aspiraciones básicas y está más consciente de sus derechos. El por un lado ha demostrado un interés evidente en el goce total de la salud, y por otro en la necesidad de la educación y de su más fácil acceso a ella. El médico, como actor de ese proceso de educación continua, y teniendo como mira lo primero, busca en su educación los instrumentos reales para cumplir con lo que él se ha propuesto.

Ahora bien, definida la educación continuada del hombre y la educación continua del médico, y dentro de esta última sabiendo que todo lo que concierne al pregrado asume su conducción la Universidad, la etapa de especialización es una responsabilidad cuya enseñanza puede ser compartida entre la misma Universidad, los establecimientos asistenciales y los Ministerios de Salud. Pero ¿a quién le cabe la conducción de la educación médica continua propiamente dicha?

En las VI Jornadas de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina en 1968 se analizó todo lo concerniente a la "formación de médicos y los problemas de salud del país"³¹.

En el relato final se hizo hincapié en tres situaciones: 1) que debe haber cambios en la enseñanza de pregrado, basados en una formación humanística, en la enseñanza del método científico y haciendo adoptar al estudiante una actitud preventiva y un sentido social; 2) que la Residencia Médica tiene un objetivo educacional y efectos positivos en la actuación médica general; 3) que la responsabilidad primaria de la *educación médica continua* nace en las Facultades de Medicina, la que puede y debe ser compartida con los organismos sanitarios y las asociaciones médicas de jerarquía científica.

Esta declaración que aceptamos no pone dudas en que la promoción del sistema debe ser de competencia de la autoridad sanitaria correspondiente, la normatización de la metodología de la enseñanza a cargo de la institución universitaria y la ejecución de los programas deberá ser compartida entre ellas y los colegios médicos y asociaciones científicas.

En otros países de América Latina, este proceso

está orientado de una forma similar pero no igual.

Por ejemplo, en Colombia, donde se lleva ya una experiencia de cerca de más de 5 años en mantener este sistema organizado para su acceso a todo el país, la normatización fue establecida por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y su ejecución se realiza a través de las Facultades de Medicina Regionales que desarrollan su acción de educación continua en la zona que tienen asignada. Otro ejemplo lo tenemos en las recomendaciones del seminario sobre "Curriculum" para la formación de médicos, realizado en Tegucigalpa, Honduras, en 1969⁴¹, donde se estableció que entre los objetivos de las Facultades de Medicina de Centroamérica estaba la educación posgrado y continuada, considerando que "es de primordial importancia la realización de programas de educación continuada que permitan actualizar los conocimientos de los médicos en servicio. Se dio especial énfasis a la falta de este tipo de incentivo científico de los médicos de las áreas rurales, y se consideró finalmente que las facultades deben trabajar en estos programas en estrecha relación con los Colegios Médicos, Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social".

LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA INSTITUCIONALIZADA

El derecho de cada ciudadano del mundo a tener la mejor medicina ha convertido a la educación médica en una obligación para el médico y un deber de ofrecerla a las instituciones que integran el sistema de salud (Facultades de Medicina, Ministerios de Salud, Asociaciones Científicas, Colegios Médicos, hospitales, etcétera).

Pero para ofrecer programas de esta naturaleza, la educación continua debe primero ser planificada, luego programada y finalmente correctamente ejecutada a través de servicios, en los que se emplee una metodología educacional adecuada a las reales necesidades de salud existentes. Solamente de esta forma se podrá llegar así al médico incentivado, para que la adopte como un sistema dentro de su vida profesional, haciéndolo consciente de sus verdaderas deficiencias del saber médico, y lo hará adoptar actitudes receptoras a los nuevos conocimientos.

Por esto es que cualquier sistema de educación continua que se emplee debe tener siempre los siguientes objetivos:

- 1) No obligar al médico, sino motivarlo.
- 2) Estar en relación con las características regionales o provinciales de los sistemas de atención médica vigentes.

- 3) Propender a cubrir las necesidades subjetivas de los médicos o de los integrantes del equipo de salud, si a todos y cada uno de ellos va dirigida.
- 4) Establecer programas educacionales sistematizados, en relación con las necesidades de salud existentes y la patología regional del área.
- 5) Para el logro de lo propuesto, utilizar instituciones educativas o asistenciales que puedan desplazarse a las regiones y recibir profesionales en su seno.
- 6) El programa educativo para llegar al receptor debe tener como base neta "la educación en servicio".

Algunos de estos objetivos concuerdan con los distintos puntos de vista de algunos de los concurrentes a la II Conferencia Mundial sobre Educación Médica celebrada en Chicago, Estados Unidos, en 1959⁴⁵.

En otras partes del mundo, esto se ha institucionalizado de tal forma que cada país lo adopta a las circunstancias especiales que en él se viven.

En efecto, en el documento de la Comisión Real para la Educación Médica de Gran Bretaña²⁶, que se publicó en 1968, dice en el acápite dedicado a la educación continua, que rechaza la sugerencia de que ésta debe ser obligatoria para todos los médicos del Servicio Nacional de Salud. Y recomienda que se aumenten las oportunidades para que los médicos generales sean nombrados en los hospitales a tiempo parcial, sugiriendo que los centros de posgrado desempeñen un papel importante en la educación continua.

En la URSS, la educación continua se cumple a través del sistema de perfeccionamiento de los médicos. La primera etapa es la especialización del graduado de médico de una de sus 82 instituciones de medicina y 9 facultades de la Universidad rusa. Los programas educacionales se llevan a cabo en grandes hospitales y clínicas y en los institutos de perfeccionamiento médico.

Nos relató el profesor P. M. Kirieyev²⁸ (profesor titular de medicina interna de la Universidad de la Amistad de los Pueblos, Patricio Lumumba) durante la conferencia a la cual asistimos los concurrentes al I Congreso Latinoamericano de Médicos Residentes Universitarios, en Bogotá, Colombia, en enero de 1971, que ya desde 1845 se practicaba en Rusia el envío de médicos a la Academia Médico-Quirúrgica de San Petersburgo para elevar sus calificaciones en medicina práctica.

En 1858 en esta Academia se fundó el Instituto Médico para perfeccionamiento de médicos, y en 1855 en San Petersburgo fue creado el Instituto Clí-

nico, con idénticos objetivos y que hoy se llama Instituto Gubernamental de Leningrado, para perfeccionamiento médico.

El sistema gubernamental de especialización y perfeccionamiento médico fue creado después de la revolución socialista de octubre. Además de ésta fueron creados 5 institutos con el mismo fin en las ciudades de Kiev, Kayan, Jarkov, Novosibirsk y Odessa. En 1930 se funda en Moscú el Instituto Central para Perfeccionamiento Médico, el cual se convierte en el principal centro para la elevación de la calificación médica en URSS. En la actualidad se encuentran 13 institutos de perfeccionamiento médico y 13 facultades en los institutos médicos. En años posteriores a la revolución socialista, se han capacitado en ellos más de 800.000 médicos.

Otro dato interesante que sucede detrás de la "cortina de hierro" es la metodología educacional empleada.

Los cursos de especialización pueden durar entre 3 y 10 meses en las disciplinas clínicas básicas, enfermedades internas, cirugía, obstetricia, pediatría, neuropatología, cardiología, reumatología, gastroenterología, nefrología, endocrinología, radiología, electrocardiografía, etcétera.

También se forman médicos en especialidades por el método de la "Ordenatura Clínica", que se realiza en los grandes hospitales. Mientras dura la Ordenatura perciben un salario y una vez terminada ésta pueden ocupar cargos de dirigentes en los Departamentos de los hospitales.

Todos los médicos tienen la oportunidad de perfeccionarse gratuitamente, liberándose de su trabajo durante 2 a 5 meses. El Estado costea este entrenamiento, dándoles facilidades de transporte y vivienda y manteniéndoles el sueldo durante el tiempo que dure su perfeccionamiento. Aquellos que viven lejos en el campo, tienen derecho a perfeccionarse cada 3 años y los que trabajan en la ciudad cada 5 años.

Además, como en todos los países del mundo, el propio perfeccionamiento se lleva a cabo en el trabajo hospitalario, durante las rondas médicas y conferencias científicas.

También tienen en URSS otra forma de actualización de los conocimientos, que es por correspondencia.

De esta forma el médico no se libera del trabajo y en 6 ó 12 meses se llevan a cabo tareas determinadas, lectura de literatura, etcétera, y esto se complementa con una ida al instituto de perfeccionamiento por 1 ó 2 meses. No deja de ser interesante lo que sucede en URSS, para sacarle provecho, pero evidentemente ellos tienen otros problemas y otras formas de vida distintas a la nuestra, y lo que allí puede andar bien, en los países occidentales puede andar mal, y viceversa.

Si debemos contestar por qué hay que institucionalizar la educación continua del médico, y sobre todo aquella que corresponde a la fase que llamamos "propriadamente dicha" diremos en primer lugar y como principio general que las transformaciones estructurales del mundo en que vivimos son continuas y aceleradas. El médico no puede ni debe conformarse únicamente con el nivel dado de educación. Las exigencias de la vida moderna y el desarrollo de la personalidad humana hacen que lo aprendido hasta entonces no cierre ni debe cerrar el ciclo del proceso educativo.

Este debe continuar sin interrupciones a cualquier edad y en cualquier nivel cultural que el hombre se encuentre.

En segundo lugar, porque en los medios urbanos, si bien hay posibilidades de capacitación permanente (66,4 % de los médicos³²), ésta debe ajustarse algo, normalizando los cientos de cursos de posgrado que se realizan, modificando en muchos su metodología educacional para que realmente les sirva en la vida profesional y no sean incentivo únicamente de juntar certificados para "ganar puestos y concursos". Pero el problema grande lo vivimos en el interior de las provincias, donde la situación es completamente diferente. El aislamiento en que desarrolla su vida el médico, muchas veces impuesto por las distancias, la topografía de la región y las malas comunicaciones, las limitaciones del transporte que dificultan un servicio ágil de consultores, y mucho más aún con las dificultades con que se tropieza para la derivación de sus pacientes a centros especializados, los tratos que le acarrea su propio traslado a hospitales universitarios, o lugar donde él pueda entrenarse y desarrollar habilidades que le signifiquen nuevos aprendizajes la necesidad de poseer información actualizada ante un momento de mutación constante en las ciencias médicas, el alto costo de los libros de texto y de la suscripción a revistas médicas, y finalmente la necesidad de estimular a los médicos que viven en poblaciones pequeñas o rurales, y de crear en ellos un estado constante de receptibilidad a lo nuevo, llevan a la necesidad imperiosa de institucionalizar programas de educación continua para todos los médicos.

Para elaborar dichos programas debemos tener en cuenta los objetivos generales ya propuestos anteriormente y aquellos especiales que señalamos a continuación:

- 1) Establecer un mecanismo de comunicación activo entre los médicos y las instituciones de formación profesional.
- 2) Suministrar educación en posgrado a los médicos, fortaleciendo tanto los aspectos preventivos y sociales de la población, como los asis-

tenciales y de rehabilitación, basados en la situación de salud existente en la región.

- 3) Brindar adiestramiento con la participación activa de ellos en los actos médicos de progresiva complejidad.
- 4) Ofrecer material bibliográfico que permita a los médicos informarse de los adelantos de las Ciencias Médicas y sus procedimientos terapéuticos.

Para organizar un sistema nacional de esta naturaleza es necesario remontarnos a otras experiencias, cuya aplicabilidad en nuestro medio sea factible. Por ello es que recurriremos a la de Colombia, que personalmente hemos visto y considerado adecuada.

Esta se refiere exclusivamente a la educación continua propiadamente dicha para los médicos de zonas rurales³⁶.

En Colombia, por empezar, se dividió al país en 7 áreas geográficas y a cada una de ellas se le asignó una Facultad de Medicina. Posteriormente se creó una estructura administrativa central, organizaciones periféricas que dependían de ésta, y un mecanismo de financiación, elaborándose luego un plan de actividades docentes, sujeto a revisiones periódicas.

Mediante un convenio entre la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), el Ministerio de Salud Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud, se estableció la organización central de coordinación y un director responsable de la organización y ejecución del programa. La ejecución directa en terreno estaba a cargo de la organización periférica, constituida por cada una de las Facultades de Medicina (Universidad de Antioquía, Caldas, Cartagena, Cauca, Javeriana, Nacional y del Valle). Cada año los directores de las organizaciones periféricas se reúnen con el central y establecen un plan de actividades para el año siguiente, previa evaluación de todo lo actuado.

La financiación de todo el programa está a cargo del Ministerio de Salud Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud. Las principales actividades del programa desde su inicio en 1965 han sido:

- a) Cursos en la periferia del país.
- b) Cursos en hospitales universitarios.
- c) Cursos de adiestramiento de médicos y personal paramédico.
- d) Programas de publicaciones.

Los cursos en la periferia del país se llevan a cabo en poblaciones pequeñas que cuentan con facilidades para permitir la concurrencia de más de 15 médicos. Son de corta duración (1-3 días) y se realizan

2 ó 3 veces al año o 1 mes al año, pero de 5 días de duración.

Por regla general concurren 4 docentes, siendo éstos de medicina interna, cirugía, pediatría y medicina preventiva o alguna otra especialidad.

Los médicos de la región conocen con anticipación el programa a desarrollar. La metodología educacional empleada consiste en discusiones de grupo, visita a hospitales y centros de salud, conferencias y uso de métodos audiovisuales de enseñanza. Los cursos en hospitales universitarios están referidos a un tema determinado dentro del programa regular de educación continua que se desarrolla para los médicos que ejercen en la ciudad.

Son cursos de tiempo parcial (1 a 2 meses), porque así se les permite asistir sin tener que interrumpir sus labores diarias. Los cursos de adiestramiento para médicos y personal paramédico se iniciaron en 1967; el objeto fue el de subsanar fallas en los servicios médicos, errores y deficiencias en procedimientos técnicos, tales como revelado de placas radiográficas, métodos en laboratorio, manejo de aparatos, técnicas de endoscopia y procedimientos terapéuticos. Se realizan a través de un sistema de becas. El programa de publicaciones se inició en 1966, distribuyéndose a todos los médicos del país la edición española de "The Medical Letter", publicación quincenal que trata sobre drogas y terapéutica en general, redactada en Nueva York, por Drug and Therapeutic Information, Inc. En Colombia se llama "Carta Médica" y llega a 4.500 suscriptores en forma gratuita.

En definitiva, se trata de un programa educacional, que consiste en impartir habilidades mediante sistemas de adiestramiento y de comunicar conocimientos mediante sus sistemas de información.

Ha sido difícil conocer sus resultados, pero sí se sabe que se estableció una comunicación entre los médicos del país. El personal docente de las facultades de medicina ha tenido oportunidad de ver las condiciones en que muchos médicos realizan sus actividades en Colombia, y los médicos a su vez han establecido profundos contactos con las facultades. Como dato de interés, diremos que en el año 1967, el 62 % de los médicos de las zonas rurales de Colombia asistió a estos cursos de posgrado³⁶.

En los Estados Unidos de Norteamérica también es mucho lo que se viene haciendo por la educación

continúa del médico. Un gran número de universidades tienen en sus programas de extensión académica sistemas de educación médica continua y se han creado en las escuelas de medicina, secciones o departamentos de educación continua (C. E. D.: Continuing Education Department).

Son numerosas las sociedades médicas que requieren para su aceptación como miembros, el realizar programas de educación continua, y lo mismo sucede con algunas sociedades de especialistas²³. Las Relelicenciaturas compulsivas de algunos estados y los exámenes periódicos aumentan notablemente esta demanda de mantener actualizados sus conocimientos. Es así como un informe presentado en el año 1969 por el coordinador de educación continua de la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois, Ruth Heineman²⁵, relata que once organizaciones profesionales fueron consultadas, las cuales ayudarían en los programas de educación médica continua de los profesionales de la salud. Entre ellas se cuentan a: Illinois Department of Public Health, Division of Medical Laboratories, Illinois Committee in Continuing Education in Medical Technology, Illinois Regional Medical Programs, American Association of Medical Record Librarians, Diabetes Association of Greater Chicago, Chicago Health Association y American Medical Association Advisory, Committee on Continuing Education, American Hospital Association, Hospital Research and Educational Trust, Illinois Dietetic Association, Coordinating Council y el Health Career's Council of Illinois.

También en ese país se está tratando que la Educación Médica no sólo la reciba el médico, sino el equipo de salud, y todos juntos en forma interdisciplinaria. Es que evidentemente el trabajo, a decir de Thomas Suavet, "tiene la significación transcendente de la colaboración con el creador en la finalización de su obra; el trabajar juntos añade a esa transcendencia la presencia de un conocimiento mutuo que engendra compromisos y lleva a la unidad".

El avance de la tecnología les hizo mejorar los métodos de enseñanza, y hoy ya se usan en estos programas además de los relatos y reuniones de pequeño grupo de discusión y casos de estudio, proyecciones, televisión a circuito cerrado, películas cinematográficas, conferencias radiales y telefónicas y grabaciones especiales en cintas³³.

CAPITULO VII

EXPERIENCIA NACIONAL (ANTECEDENTES NACIONALES)

Hemos visto ya, cuando nos referíamos a la evolución histórica de la cirugía, que el médico siempre de alguna manera enseñó a sus colegas. Si bien la transmisión de experiencia personal fue siempre algo innato en él, se corrobora esto en el hecho de que en cada época de la que hablamos siempre aparecen figuras célebres, alrededor de las cuales confluyen un grupo numeroso de profesionales, esperando adquirir de ellos conocimientos que los capaciten para ejercer la profesión. Así se crearon centros de enseñanza de la cirugía, algunos estrechamente ligados a las Universidades, porque eran servicios-cátedras, y otros no, pero descollaban figuras que por su prestigio personal y sus cualidades quirúrgicas y docentes atraían a un sinnúmero de médicos que cumplían todo su proceso educacional junto al "maestro".

Esto sigue sucediendo en la actualidad en todas las especialidades médicas, la educación de posgrado se cumple así al lado de figuras que quieren enseñar, desarrollando en sus servicios tareas docentes con la práctica hospitalaria diaria o realizando cursos ligados o no a la Universidad.

Pero en nuestro país no existe una planificación que oriente a las actividades de posgrado. A excepción del aprendizaje de una especialidad por el Sistema de Residencias Médicas, todo lo demás, en lo que a educación continua se refiere, carece de una planificación nacional adecuada y de su institucionalización, como sucede en otros países.

Por ello es que todo lo que hacemos es fruto de esfuerzos personales aislados, o de grupos de profesionales que de alguna manera, conscientes del problema, están dispuestos a transmitir conocimientos, pero sin la existencia de una coordinación e integra-

ción de todas estas acciones educativas que se desarrollan luego de la graduación.

Un ejemplo típico lo vemos en el hecho de que en la actualidad, de nuestras 9 Facultades de Medicina, sólo 3 otorgan títulos de especialistas y únicamente en dos existen Departamentos de Graduados, que dictan normas y difunden las actividades de actualización y perfeccionamiento que se realizan con su aprobación.

En las recomendaciones de la IV Reunión Nacional de Ministros de Salud, celebrada en San Salvador de Jujuy, en septiembre de 1969, se determinó en el grupo de trabajo "Recursos Humanos en Salud", en el punto 8º "asignar a la Universidad la responsabilidad de los programas de educación médica continuada, en función de los requisitos definidos por el sector salud, el que facilitará la concurrencia de los profesionales a los centros de adiestramiento. En estos programas de educación continua deberán tener activa participación la asociaciones profesionales científicas".

Lo cierto es que a partir de esta declaración de principios, algo se ha comenzado a hacer en forma más planificada, como veremos más adelante.

Pero mucho es lo que se viene realizando por esfuerzos de las propias cátedras aunque en forma incoordinada y sin responder a un plan; los servicios hospitalarios y las Asociaciones Científicas organizan congresos, jornadas, seminarios, mesas redondas, paneles y coloquios, muchos de ellos de alta jerarquía científica para la medicina argentina.

El vacío que le encontramos a todo esto se explica a continuación.

1) Los cursos y cursillos, muchos de ellos ayudados por los laboratorios de productos farmacéuticos, fa-

llan en la gran mayoría por la metodología de su enseñanza. No se sabe a ciencia cierta cuál es de actualización y cuál es un real curso de perfeccionamiento. Muchas veces sucede al revés de lo que debería pasar, el de perfeccionamiento dura 5 a 6 días y el de actualización mucho más. No siempre se observa continuidad educativa en ellos, es decir son conferencias nocturnas, sin labor diaria hospitalaria, o por la mañana concurren al hospital donde se dicta el curso y se les ofrecen conferencias o clases especiales complementadas con proyecciones y no se ven ni revisan pacientes.

Otras veces el curso es compendiado, y en 2 ó 3 días se trata de transmitir un cúmulo tal de conocimientos que para cualquier mente humana es imposible asimilar para sacar una conclusión práctica; pedagógicamente no resultan porque en muchos de ellos no se cumple el postulado fundamental de cualquier política educativa: la participación activa del educando en el proceso de aprendizaje.

El cursillista por regla general se sienta, no habla, sólo escucha al que le enseña, y al final de su alocución suele haber alguna discusión sobre el tema y preguntas y respuestas. En oportunidades y en cursos más largos, la enseñanza no se ofrece todos los días, sino día por medio, dejando así un hiato en el educando que le impedirá abocarse de lleno al tema en la próxima sesión.

Pero lo que más aflige es observar que en casi todos ellos la enseñanza teórica supera ampliamente a la práctica, y el que busca enseñanza "quiere oír, pero sobre todo ver y poder hacer", es decir necesitan todos *capacitación en servicio*, o aprender en trabajo activo, como si estuviese en su propio hospital.

2) Otro gran vacío encontrado es que estas actividades de posgrado se desarrollan por lo general en las grandes ciudades o capitales de provincias argentinas, concurriendo a ellas precisamente aquellos que menos necesitan, y muy pocos de los que viven en el interior de las provincias, a los que realmente debe facilitárseles los medios para su concurrencia, pues habitan en zonas aisladas del mundo médico y del progreso científico.

Son sumamente positivos los viajes que grupos de médicos organizan en el interior de las provincias. Los laboratorios de productos farmacéuticos suelen promover estos periplos, y gracias a su apoyo económico se pueden realizar muchos de ellos. El valor práctico de éstos consiste fundamentalmente en el hecho de que poblaciones en las cuales sus médicos tienen dificultades de desplazamiento, sea por lo oneroso que esto representa, o porque no pueden dejar a sus enfermos, se ven así visitados por grupos de expertos que actualizan sus conocimientos.

Infinidad de cursos médicos se dictan hoy día en

la Argentina, por lo general, como ya hemos dicho, centralizados en las grandes ciudades. Es cuestión de ver el programa de cursos para graduados que trimestralmente publica el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires para tener una idea concreta de la cantidad de cursos que se ofrecen.

El doctor Manuel del Carril, distinguido educador médico, que fue director del Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, nos ilustra al respecto en su relato sobre *Educación Continuada del Médico*¹³, que presentó en la Conferencia Argentina de Educación Médica, realizada en Huerta Grande, Córdoba, en 1971.

Este nos informa que en el año 1970, esa institución realizó un total de 518 cursos de posgrado, con un total de 11.186 inscriptos. De estos cursos, en 208 hubo una inscripción completa.

La gran mayoría de ellos estuvieron a cargo de Docentes Autorizados²³², siguiéndole en orden de frecuencia los Profesores Adjuntos¹⁹⁸ y los Profesores Titulares³⁸. Asimismo se ha hecho evidente que los primeros con cierta frecuencia asumían el papel de coordinadores y organizadores, con poca participación directa en la actividad docente. Por ello, a partir del año 1971, se les exigió un porcentaje mínimo de actividad en el curso del 30 %.

Otro hecho interesante es el número de inscriptos por curso. En general todos tienen un límite, que oscila entre 10 y 100 inscriptos. Debemos hacer notar que el 72 % de los cursos tuvieron entre 1 y 30 inscriptos.

Los "cursos intensivos", que comenzaron en el año 1970 y fueron 43, han tenido como característica fundamental el de ocuparse de un tema en profundidad. La duración mínima de ellos es de 6 días, y la máxima de 90 días, con una actividad diaria de no menos de 4 horas.

La metodología educacional empleada en todos ellos ha sido de lo más variada (clase magistral, TV, audiovisuales, etcétera). En general se observó una metodología no muy activa, con cursos clásicos de 5 días y 10 horas, con más de 30 inscriptos, considerando los temas a tratar en horario nocturno.

A nuestro entender, el gran esfuerzo que realiza la Facultad de Medicina de Buenos Aires en apoyo a la educación continua del médico es digno de llamar la atención y merece toda la colaboración posible. Pero insistimos que estos cursos deben ser mejor normatizados, poseyendo una metodología educacional con mayor participación activa del educando, con disminución de la cantidad de clases teóricas y aumento de las prácticas, a favor del adiestramiento en servicio.

Asimismo creemos que debe especificarse más a

qué categoría pertenecen los cursos. Es decir, cuáles son los de actualización y cuáles los de perfeccionamiento. Reglamentando cada uno de éstos, sobre la base del número de hora de dictado del curso, la profundidad de los temas a tratar, el tipo de participación del cursista en el proceso educativo, y fundamentalmente se debe aclarar si la capacitación a adquirir es con práctica o no, en servicio activo.

De esta forma, al categorizarse los cursos en estos dos o más tipos, se podrá también dar un valor determinado a ellos, lo cual va en beneficio de todos, pues por un lado el médico podrá elegir con más facilidad *el curso que debe y que puede realizar* para continuar su formación profesional, y por otro permitirá mucho mejor a las instituciones *a evaluar los candidatos* en futuros concursos, adjudicándole puntajes determinados y uniformes, según la categoría del curso realizado.

Todo esto se complementa con algo digno de valor como son las Revistas Médicas, que llegan a todo el país. Ejemplo de ello son la Revista de la Asociación Médica Argentina, El Día Médico, Prensa Médica Argentina, La Semana Médica, La Revista Argentina de Cirugía y últimamente Tribuna Médica, con un fin netamente educacional e informativo, al igual que las publicaciones de las sociedades científicas, a través de sus boletines, pues contribuyen a difundir entre sus suscriptores temas de actualidad y trabajos científicos importantes, como una gran contribución a la actualización médica.

Consideramos finalmente que el médico que vive en las grandes ciudades tiene oportunidades de sobra para mantener su formación permanente, si bien vemos la necesidad imperiosa de normatizar este proceso, dando otra metodología a los cursos y coordinar todos los intentos que con este objetivo realizan grupos médicos vacacionados por enseñar. Comprendemos que este médico de centros urbanos tiene motivaciones más que suficientes para realizarlos, pero vemos y somos conscientes que aquellos que viven en el interior tienen menos oportunidades y facilidades para su concreción, y por eso es que recomendamos que deben ser estimulados y ayudados, creando en ellos una actitud positiva que los haga receptivos a una actividad educativa en forma continua.

Para que esto suceda, la Universidad, los organismos administradores de la salud a través de sus hospitales y las asociaciones científicas profesionales deben unirse, coordinar sus acciones y planificar sobre hechos reales un *plan nacional de educación médica continua* que llegue a todo aquel que sienta que lo necesita.

MODELO PROPUESTO (experiencia personal)

Dado lo complejo de armar un sistema de esta na-

turaliza con características nacionales, consideramos que en primer lugar las 3 entidades principales que son: la formadora, a través de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFAMERA), la administradora de la salud y principal utilizadora de los recursos humanos, que es la Subsecretaría de Salud Pública, y la científica, asociaciones científicas profesionales, Asociación Médica Argentina y sus filiales, colegios de especialistas, etcétera, por un convenio de acción común, deben normatizar, planificar y ejecutar los programas de educación continua, tanto en lo que hace a la especialización como al perfeccionamiento y actualización (educación continua propiamente dicha).

Estos programas tendrán características especiales cuando se realicen en las grandes ciudades, y otros muy particulares cuando vayan dirigidos a los profesionales de ciudades pequeñas o medios rurales.

Como estos últimos son los que tienen menos oportunidades, debe darse énfasis en facilitar su traslado a centros urbanos y un fácil acceso a la visita de grupos de consultores, que trabajando junto con ellos puedan poner al día sus conocimientos.

Otra forma de lograr los objetivos propuestos, y quizás menos compleja, es la de crear otros entes normatizadores a nivel provincial o regional, y de la misma manera (Facultad de Medicina local, Subsecretaría de Salud Pública provincial y sociedades científicas) desarrollar programas para una provincia o toda una región.

También el procedimiento puede concretarse a otro nivel. Convenio entre un hospital de alta complejidad y una provincia, u otro hospital regional y de menor complejidad y del interior del país. De esta manera, aquéllos pueden enviar equipos de profesionales a éstos durante 3 ó 4 días, con trabajo a tiempo completo, y recibir en su seno a médicos por períodos más largos de tiempo para perfeccionar sus conocimientos en sus distintos servicios, a través de una enseñanza programada, supervisada y evaluada. Esta experiencia la realizamos en el Departamento de Recursos Humanos e Investigación de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, utilizando como hospital de alta complejidad el Policlínico Profesor Doctor Mariano Castex, y realizando servicios de educación continua, con equipos de profesionales que fueron a Posadas, provincia de Misiones, durante los meses de octubre y noviembre de 1971.

La financiación de estos sistemas consiste fundamentalmente en solventar los gastos de viaje, viáticos a los docentes y becas para los profesionales que deseen perfeccionarse en centros asistenciales de medios urbanos.

Durante el año 1970, cuando actuábamos a cargo de la División de formación y adiestramiento del

personal de salud de YPF, sentimos la imperiosa necesidad de llegar a los profesionales de sus hospitales del interior, a través de programas de educación médica continua de esta naturaleza.

Para cumplir con nuestro cometido, en primer lugar detectamos personalmente con visitas periódicas las reales necesidades de capacitación de sus profesionales. En segundo término, evaluamos el tipo de patología que a esos hospitales concurría con más frecuencia. Y en tercer lugar, fomentamos la idea de la formación permanente del médico, que no costó mucho, pues todos eran receptivos a ella, que obviamente si bien satisface una necesidad personal, redundaba eficazmente en la atención médica de toda esa gran comunidad.

Los 4 hospitales elegidos para desarrollar este proceso fueron: el hospital Alvear de Comodoro Rivadavia (Chubut) con 200 camas; el hospital de Plaza Huincul (Neuquén) con 120 camas; el hospital de Caleta Olivia (Santa Cruz) con 80 camas y el hospital de Yacimiento Vespucio (Salta) con 100 camas.

Todos ellos podríamos decir que son establecimientos de complejidad que oscila entre 7 y 8, por lo tanto poseen las 4 clínicas básicas y especialidades y servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, hemoterapia), perfectamente montados y equipados. Sus médicos son en su mayoría profesionales que trabajan con dedicación exclusiva y horario mínimo de 36 horas semanales, y todos ellos se encuentran en un medio con una gran demanda de atención médica por parte de sus afiliados.

Lo primero que se hizo fue crear en cada hospital un Comité de Docencia, y a continuación planificamos el sistema que deseábamos, del cual nació el programa educacional resultante.

La ejecución del proyecto consistió en la firma de un convenio por 5 años entre la Empresa y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En éste se hacía énfasis en:

a) Capacitación de los médicos a través de su actualización, por equipos de especialistas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, que visitarían una vez por mes a cada hospital.

b) Perfeccionamiento médico, enviando la empresa a sus profesionales al Hospital Escuela Gral. José de San Martín por períodos de no menos de 30 días y con trabajo a tiempo completo.

c) Remuneraciones adecuadas a los integrantes de los equipos en función docente.

CONVENIO

Entre la Administración General de Yacimientos Petrolíferos Fiscales, representada por su titular, el

Coronel (RE) Dn. Manuel Reimundes (en adelante la Empresa) y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, representada por su titular, el Profesor Dr. Mario M. Brea (en adelante la Facultad), se conviene acordar el siguiente convenio.

Bases del Convenio

Las necesidades de la capacitación profesional de los médicos de los Hospitales de YPF en el interior de la República hacen necesario el establecimiento de programas sistematizados de educación continua a través de cursos de actualización y perfeccionamiento. La Facultad a través del Hospital Escuela Gral. San Martín, en su dependencia y dentro de su plan de extensión universitaria y docencia a nivel de graduados ofrece sus equipos y personal docente para el cumplimiento de tal fin.

Objetivos

Brindar capacitación profesional a los médicos de los establecimientos sanitarios de YPF en el interior de la República, a través de cursos de actualización a desarrollarse en los propios hospitales, por equipos docentes del Hospital Escuela de la Facultad y cursos de perfeccionamiento en el Hospital Escuela, sirviendo este programa como medio de contribución a la educación continua de los médicos y por consiguiente a la elevación de la calidad de la atención médica a la población de sus zonas de influencia.

Artículo 1º — Programar anualmente los cursos de actualización y perfeccionamiento, según el estudio de necesidades de capacitación profesional de los médicos de los establecimientos sanitarios de YPF, cuyos contenidos estarán orientados a la cirugía general, clínica médica, pediatría, tocoginecología y subespecialidades médicas consideradas prioritarias.

Artículo 2º. — Comunicar a las autoridades del Hospital Escuela de la Facultad el programa anual a desarrollarse, antes del 30 de octubre de cada año y a efectos de su aprobación y posibilidades de aplicación.

Artículo 3º. — Desarrollar el presupuesto anual de costos de los mencionados cursos de actualización y perfeccionamiento, con objeto de su imputación preventiva y reserva pertinente para el año siguiente, en base a una retribución económica de \$ 1.000.— (un mil pesos) a cada docente del Hospital Escuela de la Facultad por tres (3) días continuos de labor, en los hospitales de la Empresa, y gastos de pasajes, alojamiento y comidas; estas retribuciones podrán ser actualizadas con acuerdo de partes y previo cambio de notas. Asimismo, se harán las reservas para gas-

tos de viáticos a los profesionales médicos que concurrirán al Hospital Escuela para realizar cursos de perfeccionamiento.

Artículo 4º. — Encomendar al Jefe de Formación y Adiestramiento de la Jefatura de Sanidad de la Empresa, la realización de la programación, supervisión y cumplimiento del presente convenio, por parte de la Empresa.

Obligaciones de la Facultad

Artículo 5º. — Aprobar el programa de cursos de actualización y perfeccionamiento elevado por la Empresa y programar su metodología docente, teniendo como base la capacitación en servicio, en combinación con actividades académicas.

Artículo 6º. — Formar equipos de hasta tres (3) docentes por especialidad y por mes en cada uno de los hospitales de la Empresa para el desarrollo de los cursos de actualización. Recibir en los servicios del Hospital Escuela hasta tres (3) profesionales por mes, y por una estadía de hasta treinta (30) días corridos, para el desarrollo de los cursos de perfeccionamiento.

Artículo 7º. — Seleccionar entre sus docentes, los profesionales que asumirán la responsabilidad de la enseñanza a los médicos de la Empresa.

Artículo 8º. — Encomendar al Director del Área de Docencia e Investigación del Hospital Escuela la realización de la programación, supervisión y cumplimiento del mencionado convenio, en representación de la Facultad.

Autoridades del Convenio: El presente Convenio tendrá como autoridades a una Comisión encargada de la supervisión, coordinación y evaluación de los programas desarrollados, y estará integrada por el Director del Área de Docencia e Investigación del Hospital Escuela y el Jefe de Formación y Adiestramiento de la Jefatura de Sanidad de la Empresa, quienes a su vez y una vez al año elevarán a las autoridades competentes respectivas un informe completo de la labor desarrollada. El presente convenio tendrá una duración de cinco años. Su cancelación previa podrá ser denunciada por una de las partes, con anticipación de por lo menos seis (6) meses del vencimiento del ejercicio anual.

En la ciudad de Buenos Aires, a los dieciseis días del mes de abril de mil novecientos setenta y uno, se firman cuatro ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto.

METODOLOGÍA EDUCACIONAL

Las partes del convenio consideradas de gran importancia para ambos tipos de cursos, los de actualización y los de perfeccionamiento, se desarrollarán en

base al sistema de la *capacitación en servicio*, con 8 horas diarias mínimas de labor asistencial docente, donde el binomio educador-educando se integraría en forma conjunta a la actividad hospitalaria, ya sea en la atención de los consultorios externos, recorriendo los servicios de internación, actualizando diagnósticos y tratamientos y realizando intervenciones como operador o como ayudante. Todo esto se complementaría en las horas vespertinas con ateneos, seminarios o con una exposición personal por parte del docente, de un tema elegido de su especialidad, que luego sería discutido por los asistentes.

MODELO DE LA METODOLOGÍA EDUCACIONAL EMPLEADA (Cuadro 10)

Los cursos de perfeccionamiento en el Hospital Escuela no pudieron ser comenzados en el año 1971 como hubiésemos querido, postergando su inicio para 1972.

El gran esfuerzo que significó la puesta en marcha de los primeros, su supervisión y evaluación permanente, hizo que estos últimos fuesen relegados.

La metodología educacional e emplearse en el perfeccionamiento consiste fundamentalmente en adscribir al profesional a un servicio hospitalario con trabajo a tiempo completo, bajo la responsabilidad de un docente, e integrado a un equipo durante 30 días consecutivos, en la labor hospitalaria de rutina, localizando toda la enseñanza en el tema o área por él elegida.

Toda comunicación entre las partes del presente convenio y el Hospital se realiza a través del Comité de Docencia. Entre las funciones de estos últimos se estableció la de detectar las necesidades individuales de capacitación de cada profesional y sobre la base de ellas elaborar un programa para cada hospital.

Durante el año 1971, se desarrollaron en estos 4 establecimientos de la empresa YPF un total de 25 cursos de actualización. Como los hospitales de Comodoro Rivadavia y Caleta Olivia, en Santa Cruz, están a 60 kilómetros de distancia uno del otro, se los agrupó como en una sala unidad, correspondiendo un total de 9 cursos a cada unidad asistencial.

En el proceso educativo actuaron: 9 equipos de clínica médica, 7 equipos de cirugía y 9 equipos llamados "complejos"; por estar integrados por 3 docentes de distintas especialidades (pediatría, cardiología, ortopedia, psiquiatría, gastroenterología, nutrición, otorrinolaringología, neumonología, hematología, etcétera). El total de docentes que contribuyeron a su realización fue de 75, comenzando el programa el 15 de abril y finalizando el 16 de diciembre de 1971 (Cuadro 11).

CUADRO 10

YPF. MODELO DE METODOLOGÍA DE LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN. AÑO 1971.

	<i>Primer Día</i>	<i>Segundo día</i>	<i>Tercer día</i>
Mañana 8 a 13 hs.	Viaje de los equipos profesionales	<p><i>Cirugía</i></p> <p>Sesión quirúrgica a cargo del profesional invitado, actuando los cirujanos del hospital como ayudantes.</p> <p><i>Clinica médica y especialidades no quirúrgicas</i></p> <p>Atención conjunta del consultorio externo.</p>	<p><i>Cirugía</i></p> <p>Sesión quirúrgica actuando como cirujanos los médicos del hospital ayudados por el profesional invitado.</p> <p><i>Clinica médica y especialidades no quirúrgicas</i></p> <p><i>Recorrida de sala y luego Ateneo con discusión de temas de interés.</i> (Actualización)</p>
Tarde 15 a 21 hs.	<p>15 horas</p> <p><i>Recorrida del hospital y presentación del cuerpo médico.</i></p> <p>18 horas</p> <p><i>Disertación:</i> a cargo del profesor invitado. A continuación discusión del tema con participación activa de los médicos del hospital.</p> <p><i>Coordinador:</i> el jefe del servicio correspondiente.</p>	<p>15 horas</p> <p><i>Recorrida de sala con presentación de casos. Actualización de diagnósticos y tratamientos.</i></p> <p>18 horas</p> <p><i>Disertación:</i> a cargo del profesional invitado. A continuación, <i>discusión</i> igual que el día anterior.</p>	<p>15 horas</p> <p><i>Ateneo:</i> con presentación de casos de difícil diagnóstico y/o tratamiento.</p> <p>18 horas</p> <p><i>Disertación:</i> a cargo del profesional invitado. A continuación, <i>discusión</i> igual que el día anterior.</p>

EVALUACIÓN

Uno de los procedimientos más difíciles de la educación es evaluar correctamente un programa de enseñanza. Si bien sabemos que el objetivo de esta última es como ya hemos dicho, facilitar el aprendizaje, por medio de la evaluación se procura conseguir la prueba concluyente de sus resultados y de alguna manera la calidad de la enseñanza impartida por el docente.

La evaluación que logramos realizar tiene 3 aspectos

tos a considerar. Uno de ellos es el de la evaluación permanente durante la marcha del programa y que estuvo a cargo de nosotros. Para ello concurrimos con cada equipo docente a los hospitales y nos integramos al grupo educacional, observando las actitudes de los educandos, las habilidades docentes, las reacciones de los distintos grupos humanos que recibían la enseñanza, la integración de ambos en la tarea hospitalaria, el grado de acercamiento humano entre los que enseñan y los que aprenden y finalmente indagando sobre el caudal de conocimientos adquiridos por los médicos.

CUADRO 11

YPF. CURSOS DE ACTUALIZACIÓN PARA MÉDICOS. AÑO 1971

DOCENTES CONCURRENTES POR ESPECIALIDAD

	<i>H. Alvear (Com. Riv.) H. Caleta Olivia (Pcia. Santa Cruz)</i>	<i>H. Plaza Huincul (Pcia. Neuquén)</i>	<i>H. Vespucio (Pcia. de Salta)</i>
Abril		15.16.17 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Puchulu, Gauna, Ruiz	
Mayo	6.7.8 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Podestá, Preceruti, Quiroga.	13.14.15 Equipos: Complejo Temas: Ortopedia, cardiolo- gía, pediatría Integrantes: Dres. C. Gonzá- lez, Cosentino	27.28.29 Equipos: Complejo Temas: Gastroent., neumo- nol., nutrición Integrantes: Dres. Berra, González M., Gauna
Junio	3.4.5 Equipos: Complejo Temas: Ginecología, ORL, pediatría Integr.: Dres. Turkieltaub, Salvatori, Ray	17.18.19 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Petrozzi, Scholnic, Esteva	24.25.26 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Podestá, Preceruti, Quiroga
Julio	1.2.3 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Curuchet, González, Vilardel, Gutiérrez	15.16.17 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Burucúa, Obiglio, Cerini	29.30.31 Equipos: Complejo Temas: Cardiología, pedia- tría, psiquiatría Integrantes: Dres. C. Silva, Senet, Calatroni
Agosto	5.6.7 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Puchulu, Ruiz, Gauna	19.20.21 Equipos: Complejo Temas: Ginecología, pedia- tría, psiquiatría Integrantes: Dres. Cebollero, Cambiano, Morita	26.27.28 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Martínez, Spatola, Sala
Setiembre	2.3.4 Equipos: Complejo Temas: Ortopedia, psiquia- tría, pediatría Integr.: Dres. C. González, Ton, Macera	16.17.18 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Elías Cos- ta, Ripetta, Baldi	23.24.25 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Testini, Agra, Gini
Octubre	30 Sept., 1.2 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Elías Cos- ta, González Corona, Sala	14.15.16 Equipos: Clínica médica Temas: Gastroenterología Integrantes: Dres. Podestá, Lasala, Mazzei	28.29.30 Equipos: Complejo Temas: Pediatría, ortopedia, ginecología Integrantes: Dres. C. Ortiz, Márquez, C. González
Noviembre	4.5.6 Equipos: Clínica médica Temas: Nefrología Integr.: Dres. Miatello, Rubianes, Zanetti	18.19.20 Equipos: Complejo Temas: Pediatría, ORL, ginecología Integrantes: Dres. Jaimovich, Arauz, Rojas	25.26.27 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Diez, Repetto, Dubra
Diciembre	2.3.4 Equipos: Complejo Temas: Pediatría, dermatolo- gía	16.17.18 Equipos: Cirugía Integrantes: Dres. Diez Pujato, Curuchet	16.17.18 Equipos: Clínica médica Integrantes: Dres. Alvarez, Rossi Castellanos

El otro aspecto a considerar fueron los resultados de una encuesta realizada a fin del año 1971, a los médicos de cada hospital, donde se los interroga acerca de los beneficios del curso, de la metodología empleada, de la duración de éstos, de su periodicidad, de la relación teórico-práctica, de los vínculos establecidos con los docentes, si lo aprendido era satisfactorio y finalmente sugerencias para la modificación de éstos.

El tercer aspecto de la evaluación realizada se basa en el informe recibido por el equipo de docentes, en los cuales se opina sobre los beneficios y se emiten sugerencias y opiniones para corregir todo aquello que merece modificarse en el futuro.

El resumen de esta evaluación (los originales se encuentran en el área de Docencia e Investigación del Hospital Escuela y en la Jefatura de Sanidad de YPF) lo podemos sintetizar de la siguiente manera:

1) Los cursos son altamente beneficiosos. Para los educadores, porque conocen un establecimiento que trabaja en forma distinta al común de los demás y adquieren vínculos con médicos de zonas alejadas. Para los educandos, porque hay superación individual y se establece contacto con centros de jerarquía.

La actualización de conocimientos y la evaluación de consultas es altamente estimulante.

2) En general, la mayoría opina que el método educacional es el correcto y es el que necesitan.

Se sugiere eliminar las disertaciones teóricas y reemplazarlas por el coloquio o panel.

3) La duración de los cursos es considerada buena, aconsejando prolongarla a 5 ó 6 días en total.

4) El 50 % sugiere que los equipos docentes sean de una misma especialidad.

El resto opina que deben ser complejos, es decir integrados por docentes de distintas especialidades.

5) Se aconseja en general que estos cursos deben ser dirigidos también a todos los profesionales de salud que actúan en el hospital.

6) Todos afirman que el programa debe ser permanente.

7) En cuanto al acercamiento humano y la clase de vínculos establecidos, se opina en general que los hubo, pero la brevedad del tiempo de la duración del curso y la intensidad del trabajo no dejaron mucho tiempo libre para un acercamiento más profundo.

8) Como sugerencias para el futuro:

a) Comunicación con más anticipación a los hospitales para seleccionar mejor los casos para consulta.

b) Realizar intercambios con centros de reconocida capacidad.

c) Planificación semestral de los temas a tratar.

d) Incrementar el número de temas de patología regional.

Finalmente debemos destacar que la realización exitosa del programa descripto se debió en gran parte al entusiasmo puesto en él por ex jefe de sanidad de YPF, doctor Hugo R. Mercado, el decano de la Facultad de Medicina, doctor Mario Brea, y la grata colaboración de los 75 docentes del Hospital Escuela José de San Martín, los asesores de sanidad de la Empresa, doctores Aníbal Introzzi y Alberto Serrano, como así también a todos los médicos de esta Empresa que fueron ampliamente receptivos a integrar un programa de esta naturaleza.

CAPITULO VIII

LA EDUCACION CONTINUA PROPIAMENTE DICHA DEL CIRUJANO

En la formación del cirujano, este gran capítulo del proceso general de la educación médica, de ninguna manera puede diferir en lo conceptual de todo lo dicho en estas páginas, en lo que se refiere al médico en particular, cualquiera sea su especialidad.

La educación médica continua, hemos dicho que considerada como una actitud mental que se adopta frente al desarrollo progresivo de los hechos científicos, hace que el cirujano procure conseguir información y concurra a centros especializados a desarrollar nuevos hábitos y destrezas, para así satisfacer una necesidad individual de saber y resolver los problemas quirúrgicos que a diario se le plantean. El cirujano, como hombre de ciencia y poseedor de un gran caudal de artesanía, encuentra que estos avances tecnológicos de la cirugía en el mundo entero lo colocan frente a un proceso cambiante donde los nuevos descubrimientos de la bioquímica y de la estructura molecular han modificado procedimientos diagnósticos y también terapéuticos.

La técnica quirúrgica que él aprendió con tanto esfuerzo ha pasado a segundo plano, superada por los nuevos conocimientos en cuidado preoperatorio y los avances incesantes del período de recuperación que se sigue a la intervención quirúrgica.

El sinnúmero de hechos que se descubren día a día lo obligan a crear en él nuevas aptitudes y reformar tácticas y técnicas quirúrgicas, que sean acordes con los cambios producidos y ofrecer calidad en sus servicios, porque la demanda de sus pacientes así se lo exige.

Como ya hemos dicho anteriormente con respecto al médico en general, con el cirujano sucede lo mismo. En las grandes ciudades tiene continuamente ofrecimientos de oportunidades para proseguir con su

capacitación. Los cursos, las bibliotecas, las sesiones de sociedades quirúrgicas, las revistas médicas, etcétera, y toda clase de facilidades para observar lo que otros hacen en los hospitales, constituyen así un cúmulo de oportunidades, que si estuviesen coordinadas y metodológicamente ordenadas, contribuirán mucho mejor a una actualización permanente.

Su perfeccionamiento no siempre lo realiza a través de actividades programadas, pero sí se hace durante su concurrencia hospitalaria, donde según la actitud de sus superiores, su adiestramiento tendrá supervisión y podrá ser complementado con los aspectos docentes, científicos y académicos, que el jefe del servicio así ha resuelto imponer en el funcionamiento de la división a su cargo.

Pensamos que en las ciudades, tanto la actualización como el perfeccionamiento del cirujano (vaya esto también para todos los médicos), debe ser parte del proceso de su educación, y tiene que estar organizado y realizarse en el propio servicio al cual concurre. De esta manera su adiestramiento se hará al unísono de las tareas habituales del servicio, con la concurrencia a los consultorios, a los quirófanos y a las salas de internación.

Pero todo esto debe ser programado, y posiblemente deberá haber un programa para cada cirujano, o grupo de cirujanos, con necesidades de capacitación similares. La supervisión de la enseñanza será responsabilidad del jefe del servicio y de los encargados del sector o sección, y son ellos los que en conjunto y anualmente planificarán y programarán para los integrantes del servicio todo un sistema educacional permanente.

Las actividades científicas y académicas que se desarrollan en muchos servicios de cirugía (ateneos,

conferencias anatomoclínicas, presentación de enfermos de interés, etcétera), sólo tienen que ser algo ajustadas en su metodología tratando de llevar en ellas una participación activa del resto de los cirujanos. Estas muy bien pueden complementarse con reuniones de discusión bibliográfica y ateneos de morbimortalidad operatoria.

La invitación a cirujanos especializados de otros hospitales y de sus equipos a realizar demostraciones quirúrgicas, integrar mesas redondas y paneles, son también de interés; lo mismo sucede con el establecimiento de un régimen de pasantías por parte de los integrantes del servicio elegido, por un período de tiempo, a otro hospital, donde se practican cierto tipo de intervenciones, con habilidad y maestría que allí no se pueden realizar por múltiples razones.

Evidentemente lo ideal es que todo esto sea un proceso que el hospital ofrece a todos los integrantes de sus distintos servicios, *porque el hospital es el que más debe preocuparse por la capacitación permanente de sus profesionales*, para poder así dar calidad de atención médica a la gran demanda que todos los días golpea a sus puertas.

Como vemos, es imposible hablar del cirujano solamente en este proceso; a medida que profundizamos el tema, caemos nuevamente en el hecho de que él integra todo un sistema, por lo tanto el cirujano no podrá moverse solo y ponerse a la altura de los cambios constantes de la naturaleza, si no planificamos algo en el cual estén todos los profesionales de la salud integrados en un constante intercambio de ideas, de métodos, de técnicas y engendrando compromisos mutuos que lo llevarán al trabajo en equipo, tan deseado por todos.

La idea del perfeccionamiento quirúrgico y de la actualización permanente, realizándose con el adiestramiento que da la educación en servicio, tiene características singulares que la diferencian de otras formas más lentas de capacitación. El objetivo es aprovechar todo lo que un servicio de cirugía ofrece, la patología diversa concurrente todos los días, las intervenciones programadas, las de urgencia, las prácticas clínicas habituales en los consultorios externos, las rondas médicas, actualizando diagnósticos y tratamientos, los cuidados pre y posoperatorios normales y complicados, y todo aquello que espontáneamente ocurre y se ofrece en un servicio de cirugía todos los días del año, y que desde el punto de vista educacional debe ser bien aprovechado.

El jefe del servicio, conductor natural del sistema, debe detectar qué es lo que necesitan sus ayudantes y discípulos, para mejorar sus conocimientos y buscar estímulos que despierten en ellos ansias de saber y de mantener su formación. Para ello, debe ofrecer posibilidades de capacitación a través de la enseñanza y

dejar hacer a sus profesionales todos aquellos actos médicos que por sus características especiales adquieran complejidad progresiva, única forma de educar, a través de una responsabilidad creciente, para hacer cirujanos cada vez más aptos y dispuestos a mejorar constantemente.

En este acápite en que nos referimos a la actualización y perfeccionamiento quirúrgico, recordaremos aquellas palabras de Ricardo Finochietto que nos merecen profundo respeto²⁰: "Ojalá se multipliquen las escuelas quirúrgicas para graduados y los buenos servicios de cirugía. El procedimiento es sencillo; sólo requiere el alma y el amor de un jefe que predique con el ejemplo, ejemplar y persistente. De los que lo intentaron, fracasaron los que quisieron hacerlo en base a la primera figura. Si el jefe se dispersa, si toma parte en componendas, si es injusto, si favorece a amigos y parientes sin atender a merecimientos, si reparte honores, si no es veraz, si es envidioso, orgulloso, interesado, avaro, si no es austero; por sabio, por brillante, por mimado que sea, nunca tendrá un servicio digno de copiarse. Ni formará escuela sana y verdadera y duradera, sino un conglomerado que se desintegrará a la segunda generación de favoritos y favorecidos. Formar un servicio escuela es trabajo, sacrificio, renunciamento. No todas son flores, muchas contrariedades, desilusiones y a veces disgustos. El premio está, más que en el reconocimiento contemporáneo, en la propia conciencia de haber contribuido a nuestro desarrollo sin pensar en beneficio propio".

Pero el perfeccionamiento quirúrgico también lo puede desarrollar en el exterior, como muchas veces se ha hecho. En estos casos los viajes al extranjero deben estar bien preparados, y en principio deben ser para aprender todo aquello que en el país no se hace o se encuentra dificultades para hacerlo. El medio es facilitar su licencia con goce de haberes y crear un sistema de becas nacionales o a través de alguna organización internacional para el entrenamiento en determinados lugares que, por ser seleccionados, la experiencia de otros ha demostrado ser de una especial notoriedad.

Este sistema de becas podría administrarse por las sociedades quirúrgicas, los colegios o asociaciones nacionales de cirugía. Su obtención sería por riguroso concurso y los jefes de los servicios propondrían a los candidatos.

Los períodos de tiempo en el exterior no deberán ser nunca mayores de un año, pues en la gran mayoría de las veces la readaptación a su vuelta es difícil y pueden producirse ciertos cambios en la personalidad del becario que lo incitan nuevamente al éxodo, que podría transformarse en definitivo.

Otro aporte importante para este tipo de perfeccionamiento en el extranjero es el de asegurarse que

el becario aprenderá algo, que a su vuelta será de aplicación factible en el servicio donde volverá a actuar, y no tener así, como a veces pasa, que esperar años hasta que las circunstancias le sean favorables para desarrollar lo anteriormente aprendido, con la diferencia de que cuando esto ocurre, todos sus métodos, tácticas y técnicas han pasado al archivo glorioso de un pasado esplendor. Con los cirujanos de las pequeñas ciudades o de medios rurales cambia completamente la situación.

Ya hemos hablado de qué es lo que sucede con los médicos que actúan fuera de los medios capitalinos; hemos hablado también de sus ventajas, de sus angustias, de sus renunciaciones, y de todo lo que él quiere hacer y muchas veces el medio, si bien exige mucho más de lo que él puede dar, tampoco siempre se lo permite.

Sabemos que estos cirujanos son pocas las veces que están en condiciones de desplazarse, y su actualización y perfeccionamiento se ven así relegados a la lectura de revistas científicas, a la asistencia a reuniones de alguna sociedad médica, si la hay, y a veces a nada.

Por esto, estas líneas van muy especialmente dirigidas a ellos, porque sabemos de sus necesidades y porque somos conscientes que se les debe planificar un sistema, que por ser continuo y permanente servirá para satisfacer no sólo ambiciones personales de superación, sino que facilitará su aprendizaje.

Este sistema no difiere mayormente del que explicamos cuando hablamos de la experiencia con la empresa YPF y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Tendrá, al igual que los otros, una serie de visitas periódicas cada 2 ó 3 meses a los lugares elegidos por cirujanos de mayor experiencia. Se desarrollarán así cursos cortos de actualización, sobre temas seleccionados por los médicos del medio. Las visitas tendrán a lo sumo 3 ó 4 días de duración y con trabajo a tiempo completo.

La metodología de la enseñanza será como siempre, con *capacitación en servicio* (operando y ayudando a operar fundamentalmente). El teatro donde se desarrollará el curso deberá ser el hospital, el centro de salud, la unidad sanitaria o la clínica local, y alrededor del paciente girará todo el sistema. La complementación del curso se realizará con reuniones de grupo de discusión, ateneos y con el uso de material audiovisual de enseñanza (proyecciones, grabaciones, etc., etc.).

El uso conjunto de los quirófanos, los interrogatorios y revisiones en el consultorio y las rondas médicas por las salas de internación serán el trípode educacional, que integrando a todo un equipo en la labor hospitalaria diaria dará solidez al sistema.

La contraparte de este programa es la de arbitrar

los medios para crear un fondo de becas y facilitar así la visita de los cirujanos locales del interior de las provincias a los centros quirúrgicos de las grandes ciudades.

En éstas se programarán cursos de perfeccionamiento, de larga duración, de acuerdo con sus reales necesidades. Los períodos podrán ser variables según la profundidad y complejidad del tema o área a desarrollar. Podrán ser de 1 a 6 meses si es necesario, pero lo más importante no es sólo su duración, sino su continuidad día a día, por espacio de semanas y el trabajo en el hospital a tiempo completo, integrándose con los demás médicos estables del servicio a la habitual tarea hospitalaria.

El adiestramiento será su componente esencial, y a través de la educación en servicio participará en todas las actividades científicas y académicas que allí se desarrollen, y en aquellas otras programadas especialmente para él.

La supervisión y evaluación constante de sus procedimientos darán la pauta de lo que él va aprendiendo, delegando en él responsabilidades crecientes en los actos médico-quirúrgicos, en la medida que el aprendizaje de hábitos, técnicas, tácticas y procedimientos así lo indique.

La organización de este sistema es muy similar a la organización de cualquier sistema de educación continua para los médicos. A esto ya nos hemos referido al hablar páginas atrás de la educación médica continua institucionalizada.

Pero a los fines de recordar un poco lo dicho y planificar un sistema sólo para cirujanos, pero sobre bases comunes para los demás miembros del equipo de salud, diremos que en primer lugar el organismo del Estado que tiene la responsabilidad del cuidado de la salud de sus habitantes, es decir la Subsecretaría de Salud Pública, puede detectar las necesidades de capacitación profesional en el país, en lo que a educación permanente de cirujanos se refiere. Para ello cuenta con un Departamento de Recursos Humanos e Investigación, entre cuyas misiones se encuentra ésta³⁷.

Estas necesidades se transmitirán al organismo docente efector, lo que significa que pueden ser las Facultades de Medicina a través de sus cátedras de cirugía, las sociedades de cirujanos, colegios de especialistas y asociaciones quirúrgicas, las que concentren la información. Por convenio entre estas dos instituciones (Estado y Organismos Docentes) y una provincia, municipalidad o simplemente hospitales del interior, adonde va dirigido el sistema, se realizaría la planificación y programación, llevándolo a la faz operativa el organismo docente efector.

La financiación puede tener un doble origen. Puede ser el Estado a través del Departamento de Re-

cursos Humanos e Investigación de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, en forma de viáticos, transporte y becas, o la provincia, la municipalidad o el hospital que necesita este tipo de prestación educativa.

Como ejemplo concreto pasaremos a transcribir una experiencia que hemos comenzado a realizar por medio de un convenio entre la Subsecretaría de Salud Pública (Departamento de Recursos Humanos e Investigación, que tuvimos la oportunidad de conducir), el Ministerio de Bienestar Social y el Colegio Argentino de Cirujanos, que puede servir de modelo para otros similares⁸.

CONVENIO

Entre la Subsecretaría de Salud Pública, representada por su titular, Dr. Horacio Rodríguez Castells (en adelante la Subsecretaría), ad referendum del Poder Ejecutivo Nacional, y el Colegio Argentino de Cirujanos, representado por su titular, Dr. Federico Christmann (en adelante el Colegio), ad referendum de la Comisión Directiva de la Institución, se celebra el presente convenio con el objeto de instalar un Programa de Educación Continuada para Cirujanos que actúan en medios alejados de los grandes centros quirúrgicos y universitarios del país.

Objetivos del programa y bases del convenio

El objetivo del programa es el de facilitar la capacitación de los médicos cirujanos que actúan en el interior del país, alejados de los grandes centros quirúrgicos. La educación continuada del sector médico-quirúrgico de los integrantes del equipo de salud sirve como medio para elevar la calidad de las prestaciones médicas a la población de sus zonas de influencia. Este programa se realizará mediante la acción conjunta de la Subsecretaría de Salud Pública, a través del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, y el Colegio Argentino de Cirujanos. Se utilizará como metodología docente la capacitación en servicio. La actualización de conocimientos de procedimientos diagnósticos y de tácticas y técnicas quirúrgicas se realizará a través de:

a) Cursos intensivos teórico-prácticos de actualización dictados por equipos docentes del Colegio en centros quirúrgicos del interior del país.

b) Becas de perfeccionamiento para médicos de dichas áreas en servicios quirúrgicos de centros asistenciales o universitarios de alta complejidad asistencial y docente que cuenten con sistema de residencias.

El presente convenio se celebra sobre la base del Programa de Educación Continuada de la Subsecretaría de Salud Pública.

Obligaciones y derechos de la Subsecretaría

1) Programará por intermedio del Departamento de Recursos Humanos e Investigación los cursos de actualización en el interior del país, de acuerdo con las necesidades y prioridades detectadas en su área.

2) Supervisará las actividades programadas en cumplimiento del presente convenio.

3) Financiará las becas de perfeccionamiento de un mes de duración cada una.

4) Liquidará en concepto de beca una suma cuyo monto será equiparable a la del mismo nivel del resto de la Subsecretaría.

5) Financiará el pago de los pasajes para los docentes del Colegio que viajan al interior del país para el dictado de los cursos programados.

6) Facilitará la concurrencia de los profesionales de su dependencia que concurren a dichos cursos. Los docentes con cargos dependientes de la Subsecretaría revistarán en comisión de servicios.

7) Facilitará, dentro de las posibilidades de cada Hospital, alojamiento y comida para los becarios que concurren a centros asistenciales de su dependencia, todo ello con sujeción a los reglamentos existentes sobre la materia en la esfera administrativa.

8) Fijará anualmente, de acuerdo con las reservas presupuestarias del ejercicio correspondiente, por intermedio del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, la posibilidad de concreción del presente convenio, determinando el número y monto de las becas de perfeccionamiento a otorgar y el monto asignado para el pago de pasajes a los docentes para ese año, informando al Colegio las disponibilidades antes del 30 de marzo de cada año.

9) Para el año 1971 se fija la cantidad de veinte (20) becas de perfeccionamiento de quinientos pesos (\$ 500.—) cada una, lo que representa una erogación de diez mil pesos (10.000.—) y un total de cinco mil pesos (5.000.—) para el pago de pasajes de los docentes. El gasto del año 1971 se imputará con cargo a la cuenta de tercercos, Ministerio de Bienestar Social, Cuenta Especial N° 325, producido por Lotería Nacional de Beneficencia Social y Casinos.

10) Encomendará al señor jefe del Departamento de Recursos Humanos e Investigación la realización y cumplimiento del presente convenio por parte de la Subsecretaría de Salud Pública.

Obligaciones y derechos del Colegio

1) Aprobó el programa anual elevado por la Subsecretaría para los cursos intensivos de capacitación en el interior del país.

2) Formará los equipos docentes para el desarrollo

de, los cursos de actualización, seleccionando entre sus miembros docentes los que asumirán la responsabilidad de la enseñanza de acuerdo con la metodología señalada.

3) Financiará el pago de viáticos y cualquier otro tipo de retribución que considere oportuno a los docentes, cuando se trasladen al interior del país para el dictado de los cursos de capacitación.

4) Comunicará a la Subsecretaría la nómina de los docentes que actuarán en los cursos de capacitación programados.

5) Seleccionará y propondrá a la Subsecretaría los candidatos para las becas de perfeccionamiento.

6) Seleccionará los servicios quirúrgicos y personal docente responsable en donde se realizarán las becas de perfeccionamiento.

7) Elevará a la Subsecretaría para la efectivización de la beca la certificación correspondiente, la que sólo será expedida si el curso ha sido totalmente completado y el becario haya cumplido con las exigencias establecidas por el Colegio.

8) Encomendará al Dr. Jorge Manrique la realización y cumplimiento del presente convenio en representación del Colegio y la extensión de las certificaciones a que se refiere el punto anterior.

Autoridades del convenio

El Programa de Educación Continuada para cirujanos contará con una Comisión encargada de la coordinación y —concurrentemente— de la supervisión y evaluación de las actividades docentes del mismo. Dicha Comisión estará integrada por un Coordinador designado por la Subsecretaría con acuerdo del Colegio y además dos miembros, a saber: el Jefe del Departamento de Recursos Humanos e Investigación por la Subsecretaría y el Dr. Jorge Manrique por el Colegio. La Comisión en el mes de diciembre de cada año elevará a las autoridades competentes respectivas un informe completo de la labor desarrollada y confeccionará un anteproyecto del programa para el nuevo año para que sea estudiado por las partes.

Duración del convenio

El presente convenio tendrá una duración de tres (3) años. Su cancelación podrá ser denunciada por una de las partes, con una antelación de por lo menos seis (6) meses del vencimiento anual. De conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Buenos Aires, a los quince días del mes de octubre de mil novecientos setenta y uno. Firmado: Dr. Horacio Rodríguez Castells, Subsecretario de Salud Pública, y Dr. Federico E. Christmann, Presidente.

Otra experiencia nacional digna de destacarse es la que ha iniciado el Colegio Argentino de Cirujanos,

creando en el año 1970 un fondo de becas para actualización quirúrgica de cirujanos que actúan en zonas alejadas de los centros quirúrgicos, con la concurrencia durante 4 semanas a servicios de reconocida calidad quirúrgica.

Los servicios mencionados que han recibido a estos becarios han sido el de los doctores Jorge Ferreira, en el hospital Fernández; Clemente Morel, en el hospital Argerich; José E. Rivarola, en el Hospital de Niños; Wolfgang Lange, en el Instituto de Oncología Angel Roffo; Andrés Santos, en el Hospital Escuela San Martín; Julio Uriburu, en el hospital Piñero; Guillermo Cottini y Jorge Sánchez Zinny, en el hospital Ramos Mejía; Roberto Garriz, en el hospital Rawson, y Jorge Manrique, en el Policlínico Profesor Doctor Mariano Castex.

El total de las becas asignadas hasta la fecha ha sido de 20; se les ofrece además un estipendio, alojamiento, ropa de trabajo y comida en el hospital.

La metodología empleada es la capacitación en servicio, integrándose el becario a las actividades programadas del centro quirúrgico al cual concurre. Tanto estas becas como los cursos de actualización están perfectamente reglamentados con objetivos bien claros y precisos y metodología de enseñanza definida.

Debemos recordar que cualquier institución que desee desarrollar una política de educación médica continuada debe fundamentalmente basarse en una realidad que debe dar coherencia a los programas en que intervenga. Esto significa recordar que siempre se debe pensar que *éstos están dirigidos a adultos; que sólo pueden dedicarse a ella en forma parcial y en actividades que deben competir con la vida familiar, la recreación y las responsabilidades sociales*⁴⁷.

Debe tenerse también en cuenta que en gran número de hospitales no siempre se dan las circunstancias de encontrar todo perfectamente organizado con gran equipamiento y con los servicios de apoyo a los de cirugía en pleno funcionamiento.

Por eso es que los grupos docentes que visiten estos establecimientos deben conocer previamente las características fundamentales de éstos y del medio, de forma tal que puedan brindar una enseñanza acorde y adaptada a la manera en que esos médicos realizan su vida profesional.

En un estudio que realizamos con el Departamento de Economía Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación y que fue procesado por el Centro de Cómputos de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, a principios de 1972, encontramos que de 278 establecimientos hospitalarios del país que elegimos al azar, y donde se realizaba algún tipo de cirugía, únicamente en 121 se practicaba cirugía mediana, y en 157, cirugía mayor y especializada. En cuanto a los servicios de apoyo que poseían queda demostrado en el cuadro siguiente (Cuadro 12). El cuadro nos enseña que del grupo de hospitales escogidos al azar en todo el país sus servicios de cirugía

no siempre están perfectamente apoyados por los de diagnóstico y tratamiento, pues son muchas las veces en que se carece de alguno de ellos.

sienten cuando a su regreso deben dejar a los pacientes operados, en otras manos que no son las suyas. Es que ciencia sin conciencia vale poco o nada. Com-

CUADRO 12

* Con profesional a cargo	Hospitales con cirugía mediana (121)	Hospitales con cirugía mayor (157)	Total 278	%
Con laboratorio *	0	65	65	23 %
Con anestesia *	62	144	206	74 %
Con radiología *	40	144	184	66 %
Con hemoterapia *	10	107	117	42 %
Con anatomía patológica *	0	58	58	21 %
Con electrodiagnóstico	7	102	107	39 %

Departamento de Estadística de Salud, SSSP - MBS.

Estos hechos nos inducen a pensar que los planes de educación médica continuada deben formalizarse sobre estudios previos de contacto o presencia, y también estudios a distancia, los cuales en la elaboración final del programa se complementarán recíprocamente ¹⁴.

Ningún plan que se formule podrá ser perfecto; durante su marcha habrá que hacer siempre reajustes; obtendremos fracasos y a veces habrá que cambiarlo de un año a otro. Pero el fin deseado lo justifica, y tampoco debemos pecar de preciosismo; pero si los objetivos generales de la educación que es fomentar el aprendizaje se cumplen, podemos darnos por satisfechos.

El genial político inglés Lloyd George decía: "Un plan es infalible solamente cuando el enemigo se adapta al mismo. Pero a veces no lo hace" ²⁴.

Conocemos en nuestro país muchos de los esfuerzos que se realizan para el logro de proporcionar actualización y perfeccionamiento a los cirujanos argentinos.

Sabemos de las inquietudes personales de muchos, de los cursos que dirigen y realizan, de sus viajes a las provincias, de sus diálogos y sus conferencias. Entendemos también lo difícil que es realizar intervenciones quirúrgicas en un medio que no es el habitual para ellos, y el sentido de la responsabilidad que

prendemos también los sacrificios que representan a sociedades y asociaciones quirúrgicas la elaboración y puesta en marcha de congresos y jornadas, con sus presupuestos a veces magros. Y vemos también en las iniciativas de las instituciones públicas, como Facultades de Medicina, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, que ofrece todos los años becas de perfeccionamiento a sus profesionales, y el Departamento de Recursos Humanos e Investigación de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, a la par que otras instituciones provinciales y privadas, como un esfuerzo espontáneo que merece el más digno de los elogios.

Sólo que debemos unirnos un poco más, para conseguir los objetivos propuestos, y todos en conjunto programar la educación continua del cirujano, porque así la institucionalizaremos y daremos un ejemplo al resto de las profesiones y a las generaciones médicas venideras.

Ultimamente el Colegio Americano de Cirujanos, participando ampliamente de la importancia educativa de este proceso, ha enviado a sus miembros un prospecto por el cual se informa que brinda asesoramiento, para hacer conocer a los cirujanos cuáles son las áreas en las que necesitan profundizar y actualizar sus conocimientos. A éstas las divide en: pre y posoperatorio, shock, anestesia y sangre, cirugía car-

díaca, torácica y vascular, cirugía gastrointestinal, endocrinología, obstetricia, ginecología, cirugía de la mama, otorrinolaringología, genitourinarias, ortopedia, cáncer y traumatología. Cuando el cirujano contesta a un cuestionario de 750 preguntas sobre los temas orientados a esas áreas podrá identificar en cuáles está más deficientemente preparado, designándosele entonces un programa educacional sobre la base de sus propias necesidades que él mismo ha identificado.

La formación del cirujano es un largo proceso. El aspirante deberá concurrir primero a un servicio donde observando, ayudando y progresivamente operando se capacitará en su especialidad.

La Residencia Médica la consideramos como el sistema más apropiado, porque su metodología educacional forma en un tiempo prudencial un cirujano experimentado y responsable de sus actos.

Durante esta parte del proceso deberá estrechar vínculos con sus maestros y compañeros. Esta asociación espiritual es estimulante y sobre la base de una buena relación humana se podrá sacar mejor provecho del aprendizaje. Decía Crile²⁴ que: "Desgraciadamente no todos los maestros de cirugía saben estimular y halagarse con las cualidades de sus discípulos, ni todos los ayudantes y aprendices tienen la suficiente lealtad y conciencia para reconocer la preparación, superioridad y generosidad del maestro, que exige siempre disciplina y buena conducta como complemento de la técnica correcta".

Es siempre importante tener respeto por el jefe, los compañeros y el propio paciente; cuando más bondad, cariño y condescendencia con éstos, mejor serán sus sentimientos por la profesión elegida.

La dedicación a su servicio, las largas noches de lectura, la repetición de actos médicos y técnicas quirúrgicas, le irán haciendo adquirir seguridad, hábitos especiales y un método de trabajo que él no olvidará jamás en su vida.

El progresivo dominio de sí mismo y de su técnica, la seriedad de sus conocimientos y la solución rápida y precisa a los imprevistos sólo se adquirirán con los años y la experiencia personal.

Tener prudencia, guardar la calma y no hacer perder la cabeza a los demás es la mejor manera de demostrar que conserva la propia (Faure).

Todos estos conceptos se irán sedimentando de a poco durante el aprendizaje del aspirante a cirujano. Pero al final cuando se lo declara apto o él tenga conciencia de estar en condiciones para usar solo sus herramientas, comienza una etapa de su vida donde únicamente sus sentidos le dirán cuándo y cómo va a ejecutar los procedimientos aprendidos, con conciencia de lo que va a realizar.

La concurrencia diaria hospitalaria, la práctica profesional constante y su actividad privada serán un

trípode sobre el cual se sucederán todos los demás actos de su vida. El estudio, la lectura, la preparación de trabajos científicos y los cursos que realiza lo irán formando y actualizando progresivamente. Sus conocimientos se profundizarán con el propio perfeccionamiento, que lo hará en forma sistemática y en servicio activo. Y así pasarán los años, y su experiencia le irá diciendo que la sistematización en cirugía es enemiga de lo bueno. No adoptará bandos contrarios, no estará con los colecistectomizadores o con los colecistostomizadores, ni será partidario de ectomizar la vesícula de fondo a cuello o de cuello a fondo; tampoco formará parte del lado de los vagotomizadores o de los gastrectomizadores, o adoptará los colores de los que practican el método retrofunicular o el prefunicular.

Simplemente el espíritu de indagación objetiva de los hechos quirúrgicos que le ha dado su formación inicial y su experiencia personal le harán ver las cosas de otro modo, comprendiendo que la obstinación en la cirugía hacia un particular método o técnica lo convertirá en un cirujano sistemático, que nunca verá lo bueno de los demás.

Eso nos recuerda una frase de ese gran cirujano que fue Chutro y que dice²⁴: "La obstinación del sistemático que no es prenda de inteligencia ni cualidad relevante en medicina, contraría el oportunismo y la adaptabilidad, que las variantes de la enfermedad exigen del acto médico-quirúrgico".

Finalmente cuando ya pene sus primeras canas, tendrá él también su gran oportunidad. Y si ha trabajado duro, estudiado y perfeccionado, podrá él también aspirar a conducir su propio servicio, al cual le dará esa modalidad especial de trabajo con la que él ha aprendido, pero adaptándola al momento en que le toca vivir y actuar, y rodeado de una generación que ya no es como la suya, que tiene quizás otra forma de querer lograr las cosas en la vida, pero a la cual él se adaptará, comprendiéndola e integrando a toda esa gran familia que vive en el hospital en una sola unidad humana y asistencial.

También a él ya le ha llegado el momento de enseñar, con la responsabilidad que le dan sus años, su experiencia y el valor de la conducción de un servicio.

Comenzará por educar al estudiante, instruir al residente y formar a todos sus profesionales, inculcándoles hábitos, conocimientos y habilidades técnicas, con la ayuda del adiestramiento, la observación y el uso del raciocinio.

Formará así su propia escuela, donde la continua actualización de sus integrantes se convertirá en una verdadera necesidad, porque a todos él los habrá hecho aptos y sensibles para su educación permanente. ("Educar no es llenar un tonel, es prender una antorcha". Platón.)

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

1º) La historia de la cirugía en el mundo nos demuestra que desde las primeras civilizaciones egipcias, el cirujano ya era considerado como un especialista y se diferenciaba netamente del médico, por sus tratamientos con procedimientos manuales.

Es así como éste, que fue sacerdote en Egipto, encuadrado en una casta en la India, hombre libre en Grecia, esclavo o extranjero en Roma, que podía ser un hombre de feria o vestir toga, o pertenecer a la cofradía de San Cosme y San Damián en la Edad Media, descubridor de nuevas técnicas y anatomista en el Renacimiento, investigador prematuro en el siglo XVIII, o víctima de un complejo de inferioridad a principios del siglo XIX, se convirtió en un apasionado, un técnico e inventor, a partir de 1840, luego del descubrimiento de la anestesia general.

2º) En nuestro país la evolución de la cirugía recién toma cuerpo luego de la creación de la Universidad de Buenos Aires, y sobre todo de su I Cátedra de Cirugía en 1822, y cuando la idea del perfeccionamiento al lado de los grandes maestros franceses y europeos, comienza a cundir entre los cirujanos de Buenos Aires. A partir de entonces comienzan a brillar figuras célebres, dotadas de gran personalidad y destreza quirúrgica.

Entonces los cirujanos comienzan a enseñar y a formar discípulos y la cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires se convierte en un centro de docencia para estudiantes y cirujanos. Sus profesores se suceden unos a otros y las necesidades hacen que se creen más cátedras de cirugía, cada una de ellas a cargo de una figura de maestro. A su alrededor y como satélites, los servicios de cirugía de los hospitales de Buenos Aires comienzan a tener sus figuras centrales que también enseñan,

y así llegamos a fin del siglo XIX, en que cada hospital de Buenos Aires tiene formada una o más escuelas quirúrgicas, a cargo de hombres de gran valor (Pirovano, Posadas, Arce, Chutro, Finochietto) y un gran número de discípulos distribuidos por toda la República.

En el interior del país el desarrollo de la cirugía también sobreviene con la creación de las Facultades de Medicina. En Córdoba en 1878, en Rosario en 1920. Sus cátedras de cirugía siguen los mismos pasos que las de Buenos Aires.

Cada vez son más los cirujanos que viajan al exterior y se perfeccionan, ya sea en los centros europeos, ya en los norteamericanos; a su vuelta al país transmiten todo lo nuevo; así de la era antiséptica se pasó a la aséptica, se publican revistas científicas y se crea la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Luego de la Segunda Guerra Mundial con los adelantos de la ciencia, de la técnica y la iniciación de la educación médica en América, llegamos a la época actual. La idea del perfeccionamiento en cirugía comienza a echar raíces: Ricardo Finochietto la impone en 1938 en el hospital Rawson. Se crean sociedades y asociaciones quirúrgicas, José Arce crea en 1923 el Instituto de Clínica Quirúrgica en el Hospital de Clínicas e implanta un sistema de perfeccionamiento en el exterior para sus médicos, a través de "bolsas de viaje"².

Los cursos y cursillos se multiplican, y en 1957 se crea la primera Residencia Médica en Cirugía. Este sistema abre nuevos horizontes en la educación del cirujano. Sus bondades y sus beneficios hacen que en poco tiempo se inicien otras nuevas, llegando así a la década del 70, en que se la considera como el método educacional para formar un cirujano,

3º) Vemos entonces que muy distinto es lo que sucede en las grandes ciudades y lo que pasa en el interior de las provincias y medios rurales.

La formación de un cirujano por medio de la *Residencia Médica* evidentemente se realiza hasta ahora en las ciudades capitales casi exclusivamente, y tampoco en todas, sino en aquellas que tienen hospitales con servicios de cirugía, cuya organización y funcionamiento son aptos para enseñar a los médicos esta especialidad.

Una gran mayoría de hospitales repartidos por todo el país no están en condiciones todavía de desarrollar programas educacionales de esta naturaleza para formar un cirujano, con las características que el sistema de Residencias Médicas exige. La formación de un especialista en cirugía requiere no sólo la enseñanza de la patología, la clínica y la técnica quirúrgica, en forma práctica exclusivamente, sino además se necesitan profesionales que estén dispuestos a enseñar, sobre todo ayudando a operar a los educandos, y servicios de diagnóstico y tratamiento que faciliten el estudio de los pacientes con personal de enfermería, auxiliar y técnico, que en forma suficiente contribuyan a la eficiencia asistencial y docente del hospital, y con una organización moderna de los servicios, donde su funcionalidad contribuya a ese desarrollo progresivo de la responsabilidad creciente del que aprende, que exige personal dispuesto, equipamiento adecuado y una organización compleja para conseguir los resultados esperados¹⁰⁻⁴³.

Somos conscientes también que si bien el sistema de residencias tiene las características de la capacitación en servicio, la faz teórica del proceso educacional debe estar presente, aunque en proporción menor a la práctica. Ya lo dijo Luis Pasteur: "Sin la teoría, la práctica no es más que rutina adquirida por hábito. Sólo la teoría puede despertar o mantener despierto el espíritu de la invención"⁴⁶.

Y efectivamente en todo el proceso educacional del residente en cirugía, la práctica deberá alternarse y matizarse con actividades teóricas, científicas y académicas que serán normales en el funcionamiento dentro del servicio de cirugía.

Pero todos estos requisitos no se dan en todos los hospitales y servicios de cirugía. Todavía falta recorrer un largo camino para que cada hospital pueda convertirse en un centro docente para la formación de especialistas. Es responsabilidad de las autoridades, de los profesionales y de la comunidad, seguir luchando, pero juntos, para que esto alguna vez suceda, sin dejar de reconocer que es mucho lo que ya se ha hecho y que todos estamos empeñados en seguir haciendo.

4º) Deducimos también que los hospitales no están todos en condiciones técnicas para formar un ciru-

jano especialista, acorde con las condiciones que la demanda de atención médica exige cada día, en un mundo de transformaciones constantes. Los otros sistemas que existen, como la *concurrencia a un servicio de cirugía* por espacio de varios años, deben tenerse en cuenta mientras el otro proceso de desarrollo de las instituciones hospitalarias se va afianzando con el tiempo.

Es decir, como a todos los médicos que por vocación se quieren dedicar a aprender la cirugía no le podemos ofrecer Residencias Médicas, pues habrá que ofrecerles otro sistema, que aunque no sea el de "excelencia", los formará para las necesidades del país. Entonces consideramos que debemos aprovechar lo ya existente y lo que sucede en la mayoría de los servicios del país. Que es organizar mejor la concurrencia de estos aspirantes a los servicios de cirugía, armando para ellos un programa educacional sobre firmes bases educacionales que faciliten el aprendizaje, capaciten en servicio y tengan una correcta supervisión y evaluación de lo aprendido.

No importa el hecho de que ellos concurren 2 ó 3 horas diarias nomás. Más no lo pueden hacer por necesidades económicas, o sencillamente porque después de cierta hora el hospital nada más les puede ofrecer. Pero sí aprovechamos el corto tiempo que concurre para que durante éste se pueda dedicar a una enseñanza programada, creemos que sacaremos un gran provecho y formaremos un cirujano, quizás no tan académico, pero sí con conocimientos y habilidades que harán de él también un profesional responsable.

Pero la mira no la debemos bajar nunca; a medida que los servicios se van adaptando a las reales necesidades asistenciales y docentes, iremos transformando el sistema en el de Residencias Médicas. Sólo con esto queremos significar que debemos aprovechar bien lo que tenemos y aunque sea un mecanismo transicional, podemos ofrecer cirujanos también de calidad.

5º) Hemos visto cuál es el estado actual de la cirugía en el país. Si bien estos estudios tienen la falla de que no hemos podido analizar la información de algunas jurisdicciones importantes del país, como Capital Federal, Provincia de Buenos Aires y cuatro provincias más, como era nuestro deseo, pues otras estadísticas de esta naturaleza, unificadas y centralizadas en un solo lugar no existen en el país: consideramos entonces que los datos obtenidos de 16 jurisdicciones territoriales argentinas, que cuentan con un total de 596.736 egresos hospitalarios en el año 1969 y 88.343 intervenciones quirúrgicas, nos pueden dar una idea aproximada de qué es lo que está ocurriendo. La consideración más importante es que para que tengan más valor se necesita conocer da-

tos idénticos de los países más desarrollados y de otros similares al nuestro y comparar así cómo estamos colocados en relación a los demás.

Un promedio general del país, de 14,8 % de pacientes operados, diríamos más bien que es una cifra baja, sobre todo si la consideramos con relación a las causas de los 10 primeros egresos hospitalarios más frecuentes del país en ese mismo año, donde figuran los accidentes, las apendicitis, colecistitis y colecistiasis y el aborto, todas de corte netamente quirúrgico, y las demás que tienen también implicaciones operatorias.

Vemos también como en provincias, como Mendoza, Córdoba y San Juan, estos porcentajes de pacientes operados en relación con los egresos aumentan a cifras de 29,7 % y 22,4 %, lo que nos hace pensar que si bien son provincias con un grado de desarrollo socio-económico más avanzado, la presencia en ellas de una Facultad de Medicina y centros quirúrgicos de alto nivel favorecen el incremento de las indicaciones operatorias y por lo tanto aumentan las internaciones.

El promedio de días de estada de los pacientes operados en general para todo el país resulta aceptable (16,5 %), pensando que es un valor sobre 88.343 pacientes intervenidos.

Pero si lo consideramos desde otro punto de vista, como ser que el 52 % de las operaciones hechas en el país corresponden a 10 causas, de las cuales a excepción de la histerectomía que ocupa el 10º lugar en cuanto a su orden de frecuencia, el resto no pasa de ser cirugía mediana, entonces evidentemente un promedio de 16 días de estada es elevado. Un promedio alto de días de estada de pacientes operados nos habla de muchos factores concurrentes a que tal cosa suceda. Los negativos son: pacientes estudiados durante el período de su internación y no por consultorio externo, problemas sociales que hacen difícil el reintegro del paciente al hogar, morbilidad intra y posoperatoria. Los positivos serían: la realización de grandes operaciones de cirugía mayor que evidentemente prolongan los períodos posoperatorios y son susceptibles de tener mayor número de complicaciones, y también prolongación de la estada de los pacientes por fines docentes (unidades hospitalarias, salas de cátedra, etcétera). Este estado actual de la cirugía en las 16 jurisdicciones estudiadas, que mejor llamaríamos un diagnóstico de la situación, nos enseña que del total de las defunciones hospitalarias, el 7 % es de origen quirúrgico; pensando en el origen de estos enfermos que es el hospital, no creemos que es alto.

En cuanto a la tasa de mortalidad operatoria

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de fallecidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de operados}} \times 100$$

también la consideramos baja (1,6 %). Sobre esto último también incide el esquema anterior, en lo que se refiere haciendo la comparación con las 10 causas más frecuentes de intervenciones quirúrgicas en el país.

El 52 % de las operaciones más frecuentes no pasan de ser cirugía mediana. Evidentemente si la cirugía mayor fuese más alta en cantidad, aunque los cirujanos sean muy expertos aumentaría la morbimortalidad operatoria.

Las apendicectomías ocupan el primer lugar de frecuencia de las intervenciones del año 1969, representando el 21 % del total de las operaciones realizadas y algunas, como la colecistectomía y operaciones de hernia inguinal, tienen promedios de días de estada altos (2,3 y 2,1 días respectivamente).

Esta serie de distorsiones señaladas tienen su causa que resumiríamos así: hospitales mal organizados y deficientes en cuanto a su equipamiento, servicios de cirugía con falta de apoyo por parte de los de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología y hemoterapia); escasez de recursos humanos (colaboradores del cirujano, enfermeras, personal técnico y auxiliar), cirujanos con necesidades de mejor formación inicial y de actualización y perfeccionamiento. Falta de integración de los grupos médicos para constituir verdaderos equipos asistenciales, compartimientos estancos en los hospitales, con incomunicación e incoordinación de las acciones asistenciales.

6º) Si bien los datos elaborados son insuficientes y pueden en el futuro ser notablemente mejorados, la conclusión que sacamos es que la Asociación Argentina de Cirugía podría, a través de un convenio con el Departamento de Estadísticas de la Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, establecer un mecanismo sólido, sobre la base de un programa que aprovechando toda la información sanitaria nacional que ellos poseen, y una vez al año, cuando todos los cirujanos se reúnen en el Congreso Argentino de Cirugía se pueda ofrecer *la situación estadística de la cirugía argentina en el país* de un año al otro. El motivo que nos induce a ello es:

1) Tener la información de la situación de la cirugía actualizada.

2) Servir de incentivo para la inspiración de futuros trabajos científicos.

3) Actuar como un mecanismo comparador de hechos y resultados obtenidos por la práctica quirúrgica en cada jurisdicción territorial argentina.

7º) De todas maneras, ante los hechos presentados, deducimos que si bien la educación continuada del hombre, que es sinónimo de su formación permanente, es un proceso de toda su vida misma, ésta comienza desde que tiene noción de las cosas que lo rodean, cuando las diferencia una de otra y comienza

así su aprendizaje; se continúa en forma progresiva sobre la base de conocimientos acumulativos, que le dan las distintas etapas de su escolaridad hasta desarrollar su vida profesional, y termina con el cese de ésta.

La *educación continua* del médico es una necesidad; se inicia a partir del ingreso a la Facultad de Medicina hasta el fin de su vida profesional. Y la del cirujano comienza con su especialización, después de su graduación de médico. El método para su enseñanza podrá ser: o el sistema de *Residencias Médicas* o la *concurrencia* a un servicio, donde la *enseñanza deberá ser programada*, supervisada y evaluada para entrar posteriormente a la etapa de su *educación continua propiamente dicha* que sobreviene en el ejercicio pleno de su actividad profesional, donde mantendrá su formación permanente con la *actualización*, el *perfeccionamiento constante* y el agregado de la *experiencia personal* adquirida día a día con la práctica profesional.

8º) En lo que respecta a educación continua propiamente dicha del cirujano, son dos las conclusiones del presente relato.

1) En las grandes ciudades se realizará en el propio servicio al cual concurre, donde la responsabilidad del que lo dirija y sus colaboradores inmediatos harán posible. El medio es establecer un programa de actualizaciones periódicas para los médicos y un sistema de perfeccionamiento sobre la base de las reales necesidades de cada uno, que podrá cumplirse en el propio servicio o concurrir a otro donde lo que él desea perfeccionar se realice con profundidad y se enseñe con capacidad a través de un programa educacional.

Las sociedades y asociaciones quirúrgicas también tienen su parte en este proceso. Estableciendo el contacto con otros países y organizando intercambios, y con la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, se pueden crear mecanismos de becas al exterior, a lugares y servicios seleccionados que podrán ser ofrecidos a los distintos servicios de cirugía hospitalarios, para informar las oportunidades existentes.

Las Facultades de Medicina y todas las entidades que dictan cursos tendrán que ajustar y mejorar su metodología educacional, suprimiendo aquellos que son discontinuos y exclusivamente teóricos y favoreciendo a los que se realizan en forma intensiva, con *capacitación en servicio y enseñanza programada, supervisada y evaluada*, delimitando perfectamente bien cuál es un curso de actualización y cuál es de perfeccionamiento.

2) En las ciudades pequeñas del interior y en los medios rurales, la experiencia adquirida demostró que los beneficios de arbitrar un sistema a través de un

convenio entre la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, por intermedio del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, por un lado; la Facultad de Medicina a través de sus cátedras de cirugía, colegios, sociedades y asociaciones científicas por otro, y provincias, municipios u hospitales, son categóricamente positivos para planificar la educación continua propiamente dicha de los cirujanos que viven en zonas alejadas de los grandes centros quirúrgicos. El medio es formalizando un programa sobre la base de las necesidades de capacitación que la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación puede detectar en las ciudades de provincias, el organismo efector serán las cátedras de cirugía y/o las sociedades, colegios y asociaciones científicas. De los recursos consistentes en becas, hora-docente o viáticos y gastos de traslado se haría cargo la primera. De esta manera la actualización se desarrollaría en el terreno con el envío de equipos de cirujanos por 3 ó 4 días, a tiempo completo y enseñando en servicio activo en las zonas alejadas del país.

El *perfeccionamiento* sería hecho en centros quirúrgicos capitalinos por medio de becas, con dedicación a tiempo completo, y una enseñanza con participación activa del educando en la tarea hospitalaria. Enseñanza que será muy bien programada, por períodos de 1 a 6 meses, y supervisada por personal competente. Hay algunas experiencias al respecto: el convenio entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Empresa YPF, para los médicos de sus hospitales, y el del Colegio Argentino de Cirujanos y la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, a través del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, con cursos de actualización en el interior y becas de perfeccionamiento en servicios seleccionados. Entre las experiencias extranjeras, la más notable es la realizada en Colombia, entre el Ministerio de Salud Pública, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, (ASCOFAME) y Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), y luego el sistema del Colegio Americano de Cirujanos para detectar necesidades.

Para estimular la formación permanente del cirujano debemos recordar que él no está solo en el medio social que vive y trabaja. El cirujano, como médico ante todo, es miembro de un equipo de salud y a su lado tendrá otros colegas, enfermeras, personal técnico y auxiliar. *La educación continua como parte de la educación permanente es una actitud mental que se debe motivar y desarrollar en todos ellos.* Para esto hay que crear condiciones y ofrecer estímulos adecuados, de modo que ellos puedan ser sensibles a adoptar para el resto de la vida profesional un sentido de responsabilidad, que les exija permanentemente tener sus conocimientos al día y mejorar sus

destrezas técnicas, sus hábitos y aptitudes en forma continua.

9º) Finalmente nos parece oportuno explicar que cuando se decide realizar un programa de educación continua para cirujanos, según la experiencia adquirida, debemos seguir antes ciertos pasos que son conducentes a la formulación del plan general¹¹.

En primer lugar, definir la filosofía del sistema que queremos emplear, fijando objetivos generales y adecuando el todo a una realidad sanitaria y social en la cual deseamos actuar.

En segundo lugar, obtener información actualizada de los lugares donde vamos a desarrollar el programa, conociendo las características hospitalarias, la formación profesional de los futuros educandos y sus necesidades reales de capacitación a través de sus propias inquietudes y deseos.

En tercer lugar, fijación de los objetivos finales y específicos y los recursos humanos y financieros disponibles, en relación al costo total del programa.

Establecidos estos 3 principios básicos del plan general, comenzaremos con la parte operativa, que es la implementación del programa preparado.

Para ello, iniciamos esa primera etapa de aplicación experimental, que es lenta y cautelosa y va acompañada de una evaluación constante, que nos deja cambiar el programa y si es necesario realizar ajustes sobre la marcha⁴² (evaluación formativa). Cumplido el programa, se deberá realizar una evaluación total de lo realizado o evaluación sumativa, pudiendo ser totalmente modificado y comenzar de nuevo, o si los resultados así lo aconsejasen, se puede pasar a la segunda etapa o de aplicación parcial y luego a la de aplicación total. Durante todo este proceso se acompañará con una evaluación formativa y al final de la etapa una evaluación sumativa.

La reformulación del programa deberá hacerse en caso que los objetivos definidos previamente al programa no coincidan con los resultados de la evaluación sumativa. Si esto ocurriese, se deberá comenzar de nuevo, redefiniendo objetivos y ajustando los componentes del aspecto operativo del programa.

Si el programa fuese efectivo, el todo seguirá en marcha con el constante seguimiento del proceso y evaluación de los resultados conseguidos.

La planificación de la educación médica continua no es difícil ni complicada; sobre la definición de objetivos bien precisos, el conocimiento de las necesidades educacionales, la posibilidad en la obtención de recursos y la evaluación continua del programa descansa todo el sistema.

10º) No debemos pretender ser perfectos, y menos en las primeras intenciones. Mattson³⁵ nos dice al respecto que "en un sistema complejo como la educación continua, nunca es posible alcanzar la exactitud en la medida del rendimiento, en la definición de niveles mínimos absolutos o en la especificación de necesidades".

El camino es largo a recorrer; pretender cambios cuando sabemos que éstos significan en alguna manera modificar nuestra forma común de sentir y de actuar, es difícil.

Pero cambiar no significa desechar las cosas por viejas u obsoletas, sino más bien adecuar métodos y conceptos a una nueva realidad en que nos toca vivir.

Cualquier modelo educativo es cambiante con el tiempo, y esto lo debemos tener bien presente, porque en el tiempo se suceden una gran cantidad de hechos que alteran en alguna medida nuestra forma habitual de vida, poniéndonos frente a los nuevos descubrimientos, y lo que es mejor, ante una generación de hombres cada vez más pujantes, que no sabrá perdonar nunca por qué no lo hemos hecho.

Por ello, y firmes a nuestras convicciones de que *la educación médica continua se realiza con la especialización, la actualización, el perfeccionamiento y la experiencia personal, a través de una práctica constante*, cerramos estas páginas del relato con el último párrafo del juramento del cirujano que tan bien redactó el doctor Nerio Rojas al Colegio Argentino de Cirujanos y que dice: "Juro solemnemente ser digno de esta humanidad y cumplir con todas las normas impuestas en sus objetivos concretos de sentido ético y profesional, cuyo texto conozco. Para cumplirlas me comprometo además a perfeccionar mis conocimientos y mi técnica, a respetar la moral de los hombres y los pacientes, a no explotar el dolor de la enfermedad, a no hacer un comercio de mi ciencia y ser siempre leal a mis colegas".

CAPITULO X

RESUMEN

1) La evolución histórica de la cirugía enseña que desde épocas muy remotas el cirujano ya estaba diferenciado del médico general, considerándose a ésta como una especialidad que se instrumenta con una terapéutica especial. Hasta mediados del siglo XIX, la cirugía no tiene avances importantes, sino esporádicos. Recién en 1940, con el descubrimiento de la anestesia, se produce un desarrollo progresivo, mejorando las indicaciones y creándose nuevas tácticas y técnicas, que con la ayuda de los nuevos métodos de diagnóstico y del conocimiento del posoperatorio se pasa de una cirugía antiséptica a otra aséptica.

2) En todo el mundo florecen centros quirúrgicos de excelencia, donde al lado de los maestros se aprende la especialidad, observando y ayudando, y se mantiene permanentemente la formación quirúrgica. Fue recién a partir del año 1886 cuando Williams S. Halsted modifica la forma de enseñar la cirugía en el Johns Hopkin Hospital, de Baltimore, creando una escuela quirúrgica que se llamó "Residencia", modificando la enseñanza médica de aquellos tiempos e introduciendo en la formación del cirujano la idea de la enseñanza en el servicio activo de la profesión.

3) En nuestro país la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de su I Cátedra de Cirugía en 1822 da impulso a las ciencias médicas y a la quirúrgica.

La evolución histórica de la cirugía argentina se encuentra así estrechamente ligada a su enseñanza, convirtiéndose cada cátedra en un centro de formación profesional. Con los años, los cirujanos formados al lado de los profesores y maestros de la época se separan de ellos, adquieren individualidad propia y ejercen jefaturas de servicios. En cada uno de ellos

hay una figura cumbre, y a su lado concurren aspirantes a cirujanos y profesionales formados a aprovechar la enseñanza y continuar su formación.

La creación de la Facultad de Medicina en las ciudades de Córdoba, Rosario, La Plata, Mendoza, Tucumán y Corrientes contribuye, a través de las cátedras de cirugía, a la creación de nuevos centros de enseñanza distribuidos por el país.

4) En los hospitales no universitarios se enseña cirugía al igual que en los primeros, y así en 1957 se crea la Primera Residencia de Cirugía en la III Cátedra del hospital Durand. Estas en poco tiempo se multiplican y se llega así al conocimiento de que el *sistema de residencias médicas es el más apto para la formación profesional*. Su metodología educacional sobre la base de la capacitación en servicio, y la adquisición en corto tiempo de hábitos y destrezas técnicas que definen a un cirujano responsable, con el agregado del aprendizaje de un método de trabajo, definen al sistema como hasta ahora el mejor método de capacitación de cirujanos.

5) La Argentina se coloca en el siglo XX junto a los países donde se puede practicar todo tipo de cirugía.

Cirujanos bien formados y permanentemente actualizados actúan en grandes ciudades, enseñando lo que saben y llevando a la cirugía argentina a altos niveles de complejidad.

6) Se describe un estado actual de la cirugía en todo el país y por provincia, en 16 jurisdicciones argentinas, estudio realizado con el equipo técnico de profesionales de estadística del Departamento de Estadísticas de la Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación. En él se observan datos

de interés en relación con los egresos hospitalarios totales del país en 1969 (596.736), el número de intervenciones quirúrgicas realizadas (88.343), la mortalidad global hospitalaria quirúrgica y la relacionada a actos quirúrgicos y el promedio de días de estada de los pacientes intervenidos. Se destaca que el porcentaje de pacientes operados (14,8 %) es una cifra baja en relación con las 10 primeras causas de egresos hospitalarios, donde 4 de ellas son del dominio de la clínica quirúrgica y el resto tienen todas implicaciones con la cirugía.

El promedio de días de estada de los operados para todo el país (16 días) lo consideramos aceptable, si bien puede ser más bajo, desde el momento que el 52 % de las intervenciones realizadas en el país comprende los 10 tipos de operaciones más frecuentes que no pasan de ser cirugía mediana.

El porcentaje de fallecidos de origen quirúrgico en relación con el total es del 7 %; nos parece bajo, igualmente es la tasa global de mortalidad operatoria, que es de 1,6 %.

También se destaca que entre las causas más comunes de intervención quirúrgica la apendicectomía ocupa el primer lugar con el 21 % del total de operaciones realizadas.

7) Se aclaran los motivos de estas distorsiones, considerándose que las causas son:

a) Fallas en la organización de las estructuras hospitalarias y el funcionamiento de sus servicios.

b) Falta de apoyo a los servicios de cirugía por parte de los de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, hemoterapia), como queda establecido en el cuadro 12, que de 278 hospitales elegidos al azar donde se practica cirugía, en 121 se realiza hasta la mediana y en 157 la mayor; del total de ambos, el 74 % tiene anestesia, 66 % radiología, 42 % hemoterapia y 23 % laboratorio.

c) Escasos recursos humanos de enfermeras y personal auxiliar y técnico, cirujanos con necesidades de mejor formación inicial y de actualización y perfeccionamiento continuo.

d) Falta de integración en los distintos grupos médicos y paramédicos, constituyendo verdaderos equipos, bien comunicados y coordinados, para realizar una correcta asistencia hospitalaria.

8) Por lo expuesto se ve la necesidad de establecer un programa de "diagnóstico de la situación quirúrgica en el país", todos los años, centralizado en la Asociación Argentina de Cirugía y por convenio con el Departamento de Estadísticas de la Salud de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación.

9) Se destaca la necesidad de establecer un sistema de educación médica continua coherente, dirigido a todos los médicos que actúan en grandes ciudades y sobre todo para aquéllos de ciudades pequeñas y me-

dios rurales. Se considera conveniente recalcar que la especialización del médico debe ser preferentemente a través de la Residencia Médica y cuando esto no sea posible, que cada jefe de servicio arbitre los medios para implantar un sistema educacional programado, donde la capacitación de servicio deberá ser su componente esencial y para los profesionales concurrentes a un servicio de la especialidad, el cual deberá ser supervisado y evaluado constantemente.

10) Se admite un exceso en la formación del número de médicos y una mala distribución de éstos en el país. Se cree necesario que para la etapa del médico en la vida profesional activa debe planificarse un sistema de educación médica continuada propiamente dicha, basado en la actualización y perfeccionamiento constante, debidamente institucionalizado. Para ello habrá que establecer programas educacionales en los hospitales de las grandes ciudades, dirigidos a los médicos de los servicios asistenciales, basados en la capacitación en servicio durante la tarea diaria hospitalaria, pero a través de un mecanismo programado, supervisado y evaluado. Las Asociaciones Científicas y Sociedades y las Facultades de Medicina pueden colaborar a tal fin.

11) Se hace necesario reajustar la metodología educacional de los cursos, dando más énfasis al aspecto práctico sobre el teórico, viéndose la necesidad de que los cursos tengan dos objetivos: 1) *actualización*, que puede ser de corta duración, pero realizada totalmente en el servicio hospitalario, con participación activa de los educandos, y 2) *perfeccionamiento*, de larga duración (1 a 6 meses), basado en las necesidades propias del cirujano, que serán programadas, supervisadas y constantemente evaluadas. El adiestramiento será su componente principal y a través suyo se propondrá agotar el área que se busca desarrollar.

12) Para los cirujanos que residan en ciudades más pequeñas del interior y áreas rurales, se recomienda un sistema de educación médica continua propiamente dicha, basado en necesidades personales de capacitación, y generales o regionales de atención médica. Para su implementación se describen algunas experiencias, como el convenio entre YPF y la Facultad de Medicina de Buenos Aires, el Colegio Argentino de Cirujanos y la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, y entre los extranjeros, el realizado en Colombia, entre la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)), el Ministerio de Salud Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y otras experiencias aisladas nacionales, que deben ser todas motivo de una coordinación.

13) Se ve la posibilidad de coordinación, conviniendo

do con Colegios, Asociaciones Científicas de orden quirúrgico, Cátedras de Cirugía y la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación a través del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, para el mejor logro de los objetivos y poder así planificar, programar año tras año y ejecutar acciones de educación médica continua para cirujanos y también para

todos los profesionales de la salud.

Para su realización se explica un método de planificación, admitiendo que él todo deberá ser motivo de evaluación permanente, y continuamente habrá que adaptarlo a las reales y nuevas circunstancias existentes, para que éste sea realmente eficaz.

BIBLIOGRAFIA

CITADA EN EL TEXTO

1. Aguilar, O. L.: *Catastro Nacional de Residencias Médicas (estudio comparativo de los años 1967 y 1969)*. V Jornadas y Primer Encuentro Nacional de Residencias Médicas, Buenos Aires 171-179, 18-19-20 diciembre 1969.
2. Arce, J.: *Terapéutica Quirúrgica*. Ed. El Ateneo, 1-103, 1933.
3. Bailey, H., Bishop, W.: *Notables names in Medicine and Surgery*. H. K. Lewis Ed. London, 2da. ed., 1946.
4. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1: 13, marzo 1972.
5. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1: 1, abril 1971.
6. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1: 2, junio 1972.
7. Bravo, L. A., Ruderman, A. P.: *Coordinación entre los servicios de atención médica de los Ministerios de Salud y de las instituciones de Seguridad Social*. Coordinación de servicios médicos. Serie Discusiones Técnicas. XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, 30 sept. 1966 OPS/OSP/OMS. 1967.
8. Boletín informativo. Colegio Argentino de Cirujanos. N° 1, dic. 1971.
9. *Conclusiones y Recomendaciones*. Reuniones Nacionales y Regionales de Autoridades de Salud Pública, 1966-1969. SESP, Buenos Aires. 1970.
10. Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME). *Requisitos generales para la instalación de un sistema de Residencias Médicas*. SESP. Buenos Aires, 1968.
11. Camilloni, A.: *Evaluación de la Educación Continuada del Médico*. Conferencia Argentina de Educación Médica. Huerta Grande, Córdoba, 1971.
12. Del Carril, M.: *Tendencias de la Educación Médica*. Panel de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina. 18 de julio 1969.
13. Del Carril, M.: *La Educación Continuada del Médico*. Conferencia Argentina de Educación Médica (CAEM 71). Huerta Grande, Córdoba, 1971.
14. Dohmen, G.: *Estudio multimedial a distancia como posibilidad para el futuro*. La educación. Instituto de colaboración científica. Tubingen, 13-21; 1971.
15. Emina, J. B.: *Tratamiento de las hernias inguinales en la infancia (tesis doctoral)*. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. 1896.
16. Ferrari, J.: *Tratamiento quirúrgico de las peritonitis tuberculosas*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 1896.
17. *El número de médicos en el país: ¿problema o solución?* Medicina Administrativa. Vol. IV, N° 3: 78-91, 1970.
18. Finochietto, R.: *40 lecciones de cirugía*. Ed. A. López, Buenos Aires, 1944.
19. *Formación teórica y práctica del personal docente de las Facultades de Medicina, en especial la de los países en desarrollo*. 15° Informe del Comité de Expertos de la OMS, en formación profesional y técnica del personal médico y auxiliar. OMS. Serie de informes técnicos. N° 337, Ginebra, 1968.
20. Finochietto, R.: *Bases para la formación de un servicio de cirugía y Escuela Quirúrgica para Graduados*. Fundación E. y R. Finochietto, julio 1960.
21. García, J. C.: *Características generales de la educación médica en América Latina*. Serie: Desarrollo de Recursos Humanos. Educación Médica, N° 7, OPS/OSP/OMS, 1970.
22. Grant, J. B.: *Utilización efectiva de los recursos destinados a salud*. XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, discusiones técnicas. 30 agosto 1962.
23. *Guidelines for implementation of Continuing Education*. (Approved in principles of the Academic Council, May 4, 1971). University of Illinois, College of Medicine.
24. Gutiérrez, A.: *De la formación del cirujano*, 1941. Ed. L. E. y C. A. Nocito y Rañó.
25. Heinemann, R. I.: *Report of the coordinate of continuing education*. Jun. 8, 1969. Univ. of Illinois, College of Medicine.
26. Informe de la Comisión Real para la Educación Médica de Gran Bretaña, 1968.
27. Informe al CONAREME de la Secretaría Técnica. SESP. 1972.

28. Kirieyev, D. M.: *Educación Médica de postgrado en la URSS*. I Congreso Latinoamericano de Médicos Residentes Universitarios. Bogotá, Colombia. Enero 1971. Instituto Colombiano de Seguros Sociales.
29. Ley N° 17.132. *Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración*. SESP. MBS. Buenos Aires, 1967.
30. Loudet, O.: *Humanistas y Médicos en el Renacimiento*. Ed. Nova.
31. *La formación de médicos y los problemas de salud del país*. 6tas. Jornadas de Educación Médica de la AMA. 6-7 sept. 1968.
32. *La salud y los proyectos de desarrollo de las cuencas hidrográficas de los países de la Cuenca del Plata*. Antecedentes preparados para la VII Reunión de Ministros de Salud, de los países de la Cuenca del Plata. Buenos Aires. Dic. 1971. OSP/OMS.
33. Leyasmeyer, E.: *Report of the coordinator on educational programs*. Northlands Regional Medical programs, Inc.
34. Maurois, A.: *Historia de Francia*. 3er. Ed. Peuser.
35. Mattson, D.: *Criterion Related Measures on Education*. Journal of Medical Education. Vol. 46: 181-189, marzo 1971.
36. Paredes Manrique, R., Medina, H.: *Educación Médica Continuada en Colombia*. Educación Médica y Salud. Vol. 2, N° 3: 216-239, jul., ag., sept. 1963.
37. *Políticas, Estrategias y Programas del Departamento de Recursos Humanos e Investigación*. MBS. SESP. Rep. Arg., 1971.
38. *Repertoire Mondiale des Ecoles de Medecine*. World Directory of Medical Schools. 3ra. ed. Ginebra. OMS.
39. *Recursos humanos en los establecimientos asistenciales de la República Argentina*. Estudio sobre salud y educación médica (SESP, AFAMERA, OPS). Serie 2, N° 4.
40. Soto, R., Gianantonio, C.: *Política de promoción de residencias médicas en el último decenio*. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. 5tas. Jornadas y 1er. Encuentro Nacional de Residencias Médicas. Bs. As., 47-53; 18, 19 y 20 diciembre 1969.
41. *Seminario sobre "curriculum para la formación de médicos"*. Tegucigalpa, Honduras, mayo 1969. Presentado en CAEM 69, Horco-Molle, San Miguel de Tucumán, 5 y 6 nov. 1969.
42. Saiven, M.: *The methodology of evaluation in perspectives of curriculum evaluation*. Rolen St. ed., Chicago, 1967.
43. Santas, A.: *Función de la residencia en la formación del médico*. Rev. Arg. de Cirugía, 10, N° 1: 43-45, 1966.
44. Thorwald, J.: *The century of the surgeon*. Ed. Panthom books. 1957.
45. *The World Medical Association. Medicine. A lifelong study. Proceedings of the 2nd. World Conference on Medical Education*. Chicago 1959. World Med. Ass. New York, 1961.
46. Vallery Radot: *La vida de Pasteur*. Ed. Juventud Argentina, 1952.
47. White, Ch., Jones, F.: *Singles concept approach to continuing education in remote hospitals*. Journal of Med. Educ., Vol. 46: 548, jun. 1971.
48. Zeno, A.: *La cirugía, ayer-hoy*. 1935.

CONSULTADA

- Aguilar, O. L. y col.: *Organización de la Residencia de Cirugía en el Hospital Militar Central*. Revista Argentina de Cirugía. 11, N° 4: 167-169, 1966.
- Aguilar, O. L.: *Fines y objetivos del ingreso, desde el punto de vista de la Educación Médica*. Seminario sobre ingreso a las Facultades de Medicina. Asociación Argentina de Facultades de Medicina. Recreo, Provincia de Santa Fe, 1969.
- Aguilar, O. L.: *Residencias Médicas*. Folleto de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Departamento Extensión Universitaria, Corrientes. 1968.
- Aguilar, O. L.: *Enseñanza de la Cirugía en una Residencia Universitaria*. Monografía presentada a la Adscripción, Metodología de la Enseñanza y la Investigación. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 1965.
- Asamblea Mundial de Educación*. Universidad, Santa Fe. 62: 225-358, 1969.
- Armano, Louis: *La rencontre des sciences physiques et des sciences humaines*. Medecine de France. N° 162: 3-9, 1965.
- Alzugaray, A. E.: *La evaluación de la Enseñanza Médica*. Rev. de la A.M.A., 80, N° 10: 510-512, 1966.
- Avila Cisneros, I.: *Nuevo impulso a la Educación Médica*. Revista de Investigación en Salud Pública. N° 2: 81-84, 1967.
- Alarcón, D. G.: *La educación médica hospitalaria*. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de México. 7, N° 10: 665-669, 1965.
- Alarcón, D. G.: *Planeación de la Enseñanza y del ejercicio de la Medicina*. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de México, 7, N° 8: 525-535, 1965.
- Aldrich, C. K.: *Specialization and general practice*. Journal of Medical Education. 41, N° 9: 844-849, 1966.
- A. M. A.: *Recognition award for Continuing Medical Education*. Journal Tenn. Med. Ass., 62: 844-6, septiembre 1969.
- Acreditación launched in continuing medical education*. J.A.M.A. 210: 1585, noviembre 1969.
- Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. 1: 4, agosto 1971.
- Brown, C. R.: *Mandatory Continuing Education. Sense or non sense?* J.A.M.A., 213: 1660-8, 7 sept. 1970.
- Breed, J. E.: *Independent council on Continuing Medical*

- Education: a progress report.* III Med. Journal, 139: 474, May 1971.
- Buhmian, G.: *A.M.A. awards for Continuing Medical Education.* J.A.M.A., 215: 1327, 22 febrero 1971.
- Brea, M. J.: *Residencias en cirugía general; una experiencia argentina.* Revista A.M.A., 76, N° 11: 577-580, 1962.
- Brea, M. J.: *Residencias en cirugía.* Revista A.M.A. 78, N° 7, 393-395, 1964.
- Brodman: *Philosophy of Continuing Education.* Bull. Med. Lib. Assoc. 56: 145-9, abril 1968.
- Bergur: *Use of two way radio by voluntary health organization for continuing medical education.* New York, Journal Medicine, 66: 2694-7, octubre 1966.
- Burney, L. E.: *La Universidad y los servicios de salud a la comunidad.* La conferencia Bronfman de 1965. Boletín de la OSP. Vol. LX 5, mayo 1966.
- Bridge, E. M.: *Pedagogía Médica.* OSP/OPS/OMS, 1965. *Curriculum para la formación de médicos.* Seminario realizado en Tegucigalpa, Honduras, Mayo 1969. Publicado por la Conferencia Argentina de Educación Médica. San Miguel de Tucumán, noviembre 1969.
- Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME)* R. M. 622 y R. M. 683/67. SESP. MBS. Buenos Aires, 1967.
- Cintas de vistas fijas para la enseñanza médica y paramédica.* Actualidades. Boletín OSP. Vol. LXIX, 4 octubre 1970.
- Council on Medical Education. The essentials of approved programs in continuing medical education.* J.A.M.A., 212: 801-4, 4 mayo 1970.
- Continuing Medical Education.* J.A.M.A., 210: 1519-24, 24 noviembre 1969.
- Carmichael, H. T.: *Continuing Education in Medicine.* Alaska Med., 10: 157-9, diciembre 1968.
- Continuing education: option or obligation?* Journal Tenn. Med. Assoc., 61: 1241-5, diciembre 1968.
- Callan, L. B.: *12-state survey of needs and interests in continuing education in Public Health.* Public Health Rep. 84: 741-55, Aug. 1969.
- Coordination plan for continuing medical education.* California Med., 101: 224, septiembre 1964.
- Cameron: *Continuing Medical Education. Some thoughts on sponsorship.* Med. Ass. J., 92: 765-6.
- Childs: *Continuing Education in the community hospital.* California Med., 104, 411, mayo 1965.
- Continuing education courses for physicians.* J.A.M.A., 197: 421-504, aug. 1966.
- California shows the way in continuing medical education.* J.A.M.A., 201: 478, aug. 1967.
- Continuing Medical Education.* J.A.M.A., 210: 1519-24, noviembre 1969.
- Celis, A.: *Importancia y resultados de la especialización en cirugía.* Cirugía experimental y especialización. Gaceta Médica de México: 94, N° 7: 687-688, 1964.
- Conference on residency education in the clinical specialties.* Ontario 1965. Canadian Med. Assoc., 95. N° 14: 695-733, 1966.
- Congreso de Educación Médica.* Buenos Aires, 1965. Revista A.M.A., N° 9: 439-470, 1966.
- Congreso de Educación Médica.* Buenos Aires, 1965. Revista A.M.A., N° 10: 497-543, 1966.
- Congreso de Educación Médica.* Buenos Aires, 1965. Revista A.M.A., N° 11: 574-590, 1966.
- Congreso de Educación Médica.* Buenos Aires, 1965. Revista A.M.A., N° 12: 635-670, 1966.
- Conferencia general de Educación Médica.* Bogotá, 1966. Medicina y Cirugía. 30, N° 6: 275-300, 1966.
- Conferencia general de Educación Médica.* Bogotá, 1966. Medicina y Cirugía. 31, N° 1: 33-42, 1967.
- Conferencia general de Educación Médica.* Bogotá, 1966. Medicina y Cirugía. 31, N° 2, 45-57, 1967.
- Croft Long, E.: *La educación de hoy para la práctica de mañana.* Educación Médica y Salud. 2, N° 3: 240-254, 1968.
- Conference on medical education.* New Dehli. 1966. Third world Conference on Medical Education. Med. J. of Australia. 1, N° 3: 115-116, 1967.
- Conference on research in medical education.* Annual. San Francisco, 1966. (Proceedings of the fifth annual conference on research in medical education, october 22 and 23, 1966). Journal of Med. Educ., 42, N° 3: 193-283, 1967.
- Christie, R. W.: *Continuing of Medical Education.* New England J. Med., 282: 877, 9 april 1970.
- Chambedrin, R. T.: *Continuing Medical Education. Who needs it? You do well all do.* J. Med. Assoc., 62: 15-7, feb. 1971.
- Christensen: *Continuing Medical Education for the health professionals.* Acad. Med. New Jersey. B. 10: 129-33, jun. 1964.
- Del Carril, M.: *Metodología de la enseñanza para residentes; parte general.* Rev. A.M.A., 78, N° 7: 388-391, 1964.
- Dryer, B. V.: *Lifetime learning for Physicians. Principles, Practices, Proposals.* J.A.M.A., vol. 180, N° 676-679, May 1962.
- Drining is a stimules for continuing education.* Canadá Med. Assoc. J., 100: 680, 12 abril 1969.
- Dohner, C.: *Continuing Medical Education.* Cont. Med. Educ. short course. Northwest Med., 69: 327-330, may 1970.
- Daeschner, C.: *Continuing Medical Education through self-evaluation.* Pediatrics, 45: 729-731, may 1970.
- Dewall, R. A.: *The surgical educator's responsibility to his student in the post residency period.* Surgery, Gynecology and Obstetrics, 122, N° 3: 599-600, 1966.
- Dussaut: *A propósito de: Aspectos metodológicos de una residencia quirúrgica.* Boletines y trabajos. Soc. Cirugía Buenos Aires, SO. N° 4: 71-72, 1966.
- Dutrey, D.: *Situación actual de los residentes que han finalizado su programa.* Revista A.M.A., 7, N° 8: 408, 1965.

- Erickson, D. L.: *A system of continuing medical education*. Rocky Mt. Med. Assoc. J., 68: 43-47, feb. 1971.
- Ellis: *The training of the physician. Continuing education postgr.* Med. Inst. New England J. Med., 271: 827-828, oct. 64.
- Fox, L. P.: *Continuing education for the specialist*. California Med., 109: 252-255, sept. 68.
- Freeman, A. M.: *Continuing graduate education*. J. Med. Assoc., State 40: 590 pass. Mar. 1971.
- Federman, D.: *Continuing education in Medicine*. A. J. Med. S., 259: 237-241, apr. 1970.
- Ferrary: *Continuing education for the physician*. J. Med. Soc. New Jersey, 60: 539-541, Dec. 1963.
- Farleer: *Greatest challenge in Medicine today: Continuing education*. J.A.M.A., 193: 432-435, Aug. 1965.
- Freour, P.: *Aspects de la culture medicale*. Medecine de France, 201: 9-14, 1969.
- Fish, D. G., Clarke, G.: *Canadian applicants to medical schools in Canada 1965-66*. Canadian Med. Assoc., 94, N° 14: 701-707, 1966.
- Forcada Calvo, A.: *Investigación clínica en el medio hospitalario*. Archivo de la Facultad de Medicina de Madrid, 14, N° 3: 259-267, 1968.
- Fustinoni, O.: *Algunos aspectos de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y el Hospital Escuela José de San Martín*. Gaceta Sanitaria (Milano), 21, N° 3-4: 1-7, 1966.
- Frailera, J. P.: *Reforma hospitalaria y sistema de residentes en un hospital de la Provincia de Buenos Aires*. Semana Médica, 124, N° 37: 1704-1705, 1964.
- Gugler, R.: *The Heidelberg Mode of a Program for continuing education*. Med. Wel, t. 25: 1561, 24 jun. 1967.
- Ganviers: *Continuing Medical Education. Assessment of Courses*. J. Coll. Gen. Pract. 19: 223-227, Apr. 1970.
- Groom, D.: *T. V. in postgrad education. Some lessons from five years experience*. J.A.M.A., 198: 275-280, oct. 1966.
- Ganthier, A.: *L'eusignement programmé*. L. Medical, 40, N° 2: 158-160, 1969.
- Garrido, M.: *Revisiones de conjunto. La Educación Médica*. Revista Clínica Española, 112, N° 4: 333-336, 1969.
- Gaspary, F. U.: *El material didáctico*. Revista A.M.A., 80, N° 10: 497-504, 1966. Del 4° Congreso de Educación Médica. Buenos Aires, 1965.
- Grande, A.: *Actuación de residentes en el sistema de residencias hospitalarias*. Revista Argentina de Cirugía, 11, N° 2: 72-73, 1966.
- Grundy, F.: *Las escuelas de Salud Pública*. Crónica de la OMS, 23, N° 6: 267-271, 1969.
- Guthrie, E.: *Planeación integral para la salud*. Salud Pública de México, 10, N° 4: 477-481, 1968.
- Harless, W. G.: J. Med. Educ., 44: 670-674, Aug. 1969.
- Hood: *Continuing education a means of survival*. Can. J., Oc. 30: 143-144, Winter 1963.
- Hunter, A. M. J. y B.: *Its relation to continuing medical education*. J. Med. Educ., 44: 998-999, oct. 1969.
- Hamilton: *The training of the physician. Continuing Education a British view*. New England J. Med., 271: 938-940, oct. 1964.
- Harris, J. J.: *Survey of medical communication sources available for continuing physician education*. Journal of Medical Education, 41, N° 8: 737-755, 1966.
- Halberstain, J. L.: *Foreign and U. S. residents in the university affiliated teachings hospitals: an investigation of U. S. graduate medical education*. Bull. of the N. Y. Academy of Medicine, 42, N° 3: 182-208, 1966.
- Hubbard: *An in-training examination for residents as guides to learning*. New England Journal of Medicine, 276, N° 8: 448-451, 1967.
- Infante, A. D.: *La educación de graduados en Chile*. Rev. Méd. de Chile, 96, N° 1: 40-49, 1968.
- James, W. D.: *Continuing education - a must*. Wisconsin Med. J., 67-609, Dec. 1968.
- Jobin, P.: *Recent developments in continuing medical education*. Laval Med., 42: 399-400, 1971.
- Jobin, P.: *Continuing Medical Education extra mural-program*. Canada Med. Assoc. J., 92: 752-764, 3 apr. 1965.
- Jobin, J. B.: *Les internes*. Lav. Med., 38, 282-285, 1967.
- Kahara, J.: *An evaluation of a physician's view of continuing education programs*. J. M. Osteop., 69: 441-449, Jan. 1970.
- Kampmeier, R.: *Actions of TMA in continuing education*. J. Tenn. Med. Assoc., 63: 1038-40.
- Kolvelt, A. J.: *Compulsory continuing education stampede or ordely progress?* J. Am. Med. Assoc., 156: 1098-1000, may 1970.
- Kandel, B.: *Servicios Médicos en Windsor (Canadá); medicina organizada por asociaciones médicas*. Semana Médica, 128, N° 15: 573-576, 1966.
- Lister, J.: *Continuing Medical Education*. New England J. Med., 282: 1474-6, junio 1970.
- Lierle, D.: *Continuing Medical Education*. Arch. Otolaryng. (Chicago), 92: 105, aug. 70.
- Laguna, J.: *Segunda Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina*. La Prensa Médica Mexicana, 26, N° 1: 26-32, 1961.
- Laurienc: *Evolution Penseignement de la medecine de Québec*. L'Union Medicale del Canada, 97, N° 10, 1424-1430, 1968.
- Licht, S.: *Evaluation and Termination in residency programs in physical medicine and rehabilitation*. Am. J. of Phys. Med., 45, N° 4: 205-206, 1966.
- Moyer, C. M.: *Continuing Medical Education*. Delaware Med. J., 41:313, oct. 1969.
- Michael, M.: *The medical library's vital role in physician's continuing education*. Hosp. Progr., 49: 91-102.
- Miller, G.: *Medical Education research and development: an institutional program*. Journal of Medical Education, 41, N° 9: 817-825, 1966.
- Markman, I.: *Educación Médica en los Estados Unidos de Norteamérica: sus orígenes y comienzos de organización*. Semana Médica, 127, N° 26: 443-446, 1965.

- Medical education in the United States.* Journal of Am. Med. Assoc., 198, N° 8: 847-940, 1966.
- Molinari, J. L.: *Antecedentes históricos de la enseñanza médica en Buenos Aires.* Semana Médica. Ed. conmemorativa 70° aniversario, 127: 150, 1964.
- Millis, J.: *Issues in graduate medical education.* Journal Am. Med. Ass., 197, N° 12: 989-991, 1966.
- Nemir, R. L.: *Postgraduate education. The need of continuing medical education.* J. Am. Wom. Assoc., 24: 247-249, Marzo 1969.
- Nestler, W.: Journal Med. Soc., 68: 413-416, May 1971.
- Nguyen-Huu: *Les études de specialization aux U.S.A.* Press Medicale, 75, N° 16: 823-826, 1967.
- Parmley, L. F.: *Continuing Medical Education in the community hospital.* J. S. Carolina Med. Assoc., 66: 233-236.
- Podestá, L. D.: *La formación de profesores; carreras docentes.* Rev. Asoc. Méd. Argentina, 80, N° 9: 460-461, 1966.
- Peset, J. L.: *La enseñanza de la Medicina en España durante el siglo XIX. El reinado de Fernando VII (1814-1833).* Medicina Española, 59, N° 350: 381-392, 1968.
- Picena, J.: *La etapa de educación continua del médico; cursos de actualización y perfeccionamiento.* Rev. Asoc. Méd. Arg., 80, N° 11: 583-584, 1966.
- Recomendaciones de la 3ª Reunión Nac. de Autoridades de Salud Pública.* Mendoza 1969.
- Reinhardt, W. O.: *Continuing Medical Education. Attitudes and activities in schools of Medicine.* Cal. Med., 102: 99-101, Febr. 1965.
- Rubin, M. L.: *Continuing Education and self-assessment.* Arch. Oph. (Chicago), 83: 393-394, apr. 1970.
- Regan, P. F., Sundle, S. M.: *Towards a continuum of formal and continuing education.* Am. J. Physiat., 128, N° 5: 607-609, 1971.
- Research in Medical Education.* Ann. Conference. 4. Proceedings Journal of Med. Educ., 41, N° 3: 195-293, 1966.
- Rodríguez Castells, H. y col.: *Las nuevas facultades de medicina.* Rev. Asoc. Méd. Arg., 80, N° 11: 574-579, 1966.
- Ruggiero, H.: *Métodos de enseñanza, consideraciones sobre lo realizado desde el primer congreso de educación médica (1957) hasta la actualidad (1965).* Rev. Asoc. Méd. Arg., 80, N° 10: 504-506, 1966.
- Rodríguez, M. A.: *Educación Médica pregraduada y superior. Internados y residencias.* Rev. de la Facultad de Medicina Univ. Ant. México 7, N° 4: 225-226, 1965.
- Sever, E. D.: *Continuing Education for general practice analysis of a program.* Br. Med. J., 1: 164-166, 16 jan. 1971.
- Sevayne, J.: *Continuing education for general practice.* J. R. Coll. Gen. Pr., 20: 306-308, Nov. 1970.
- Sodeman, W. A.: *Continuing education. The unrelated role of the community hospital, the professional society and the medical school.* Dis. of the Chest, 56: 186-92, sept. 1969.
- Shepard, R. M.: *Evaluation of continuing education.* Proc. R. Soc. Med., 64: 149-150.
- Soria, F.: *La enseñanza de la Medicina.* Rev. de Medicina de la Universidad de Navarra, 12, N° 2: 141-146, 1968.
- Swartz, R. W.: *Australia's role in the postgraduate medical education in the Commonwealth.* Med. Journal Of Australia, 2, 11: 481-484, 1966.
- Tucker, N. E.: *Reports of the needs in continuing education. Panel session.* Alabama Journal Med. Sci., 7: 229-231, apr. 1970.
- Turcot, J.: *Concepts nouveaux dans l'enseignement des spécialités.* L'Unión Médica du Canada, 98, N° 4: 601-608, 1969.
- Tousley, H. A.: *Staff assessment of interns and residents.* Journal of Am. Med. Assoc., 198, N° 3: 296-298, 1966.
- Zanotti, L. J.: *Metodología de la enseñanza superior.* Buenos Aires. Departamento de Pedagogía Univ. 1967.