



ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

Detenerse y mirar retrospectivamente lo acontecido en las Facultades de Medicina del país en el apoyo docente de sus dicentes, a lo largo de estos últimos años, es una tarea difícil de medir en esta época de precisión electrónica, pero necesaria para ver cómo los acontecimientos se repiten en las diferentes latitudes, dependiendo de la evolución de cada región o país. Debemos analizar los progresos docentes realizados por la Universidad Peruana para mantener el contacto con sus graduados; debemos analizar la infraestructura hospitalaria y el cuerpo docente que lo integra y debemos ver la realidad del fruto obtenido en este esfuerzo aparentemente disperso, pero con fines superiores de perfeccionamiento. Si nos circunscribimos a la esfera del CIRUJANO GENERAL quizá los deseos de obtener algo positivo puedan ser alcanzables.

La DOCENCIA para graduados a lo largo de los años ha sido desarrollada por las Sociedades Médicas y las Universidades. La docencia no escolarizada primó en la mayoría de los Médicos graduados, apareciendo en estos últimos años los programas escolarizados establecidos por las Universidades con capacitación mediante las Residencias. Los Médicos graduados en las diferentes Universidades del país se encuentran ávidos de ingresar en los programas escolarizados que ofrecen las diferentes Universidades para obtener un título de especialista que le permita una mejor opción para su ejercicio profesional y evidente ventaja para ocupar una posición hospitalaria. Este grupo esforzado y privilegiado obtiene las plazas, mediante concursos, que son reducidas en relación con el número total de graduados, y que pueden escoger libremente en los diferentes centros hospitalarios afiliados a los programas de Postgrado. La mayoría de los Médicos, en la espera de esa opción o tomando el camino del ejercicio profesional, consideran también que la docencia no escolarizada es un medio eficiente para una constante renovación de conocimientos. Las Sociedades Médicas y, en estos últimos años, el Colegio Médico, están colaborando en forma aparentemente discordante, pero con un fin elevado. Las actividades científicas en las Sociedades Médicas a lo largo del año y la realización de los Congresos nacionales o regionales sirven para la renovación constante de los conocimientos en base a la enseñanza de los profesionales nacionales y de los extranjeros invitados. Digno de elogio y recuerdo es el rol pionero cumplido por la Academia Peruana de Cirugía en la realización de los Congresos Nacionales de Cirugía calendarizados desde 1946 y los certámenes en provincias. Se está viendo con mucho agrado que el Colegio Médico ha emprendido, en forma coordinada, una acción no escolarizada de docencia continua utilizando a los profesionales capacitados, cualquiera que sea su condición académica, para la organización de cursos y conferencias en todo el país.

La docencia escolarizada desarrollada por todas las Universidades se encuentra en etapa evolutiva. El ejemplo más característico es el entrenamiento del Cirujano. En la escuela europea que predominó en nuestro país hasta el año 1950, alrededor de la Jefatura quirúrgica giraba el entrenamiento riguroso del joven cirujano, basado en la jerarquía y el respeto por la vida humana. Debemos recordar a dos eminentes cirujanos y formadores de las escuelas quirúrgicas peruanas en las últimas décadas: el Profesor Guillermo Gastañeta en el Hospital "2 de Mayo" y el Profesor Carlos Villarán Godoy en el Hospital "Arzobispo Loayza". Hacemos especial referencia a este último porque se ha cumplido recientemente, el centenario de su nacimiento (1983). Tuvo la visión, a pesar de su molde europeo, de formar un Instituto de Cirugía en el Pabellón No. 6 con los elementos indispensables para que se pudiera iniciar la aplicación de las Residencias.

Frente al sistema europeo, se encontraba la escuela anglo-americana (USA) que inició el programa de las Residencias alrededor del año 1927. Ese país se encontró bruscamente con una población en crecimiento y en una área muy extensa a la que tenía que atender en sus necesidades sanitarias. Con un inicio satisfactorio en el John Hopkins se amplió su aplicación con resultados diferentes según los programas, que gracias al control permanente de la Asociación Médica Americana y posteriormente de la Asociación de Escuelas de Medicina pudieron llevar el consenso por buen camino. A su lado se desarrolló



acta médica peruana

un tipo de control público mediante las sanciones por la mala práctica. Los Residentes iban tomando progresivamente las responsabilidades de los pacientes quirúrgicos mediante una docencia controlada por los Profesores.

En los países latinoamericanos de avanzada cirugía, en los alrededores del año 1950, alcanzó gran auge con el sistema europeo, encontrando posteriormente resistencia la aplicación del sistema anglo-americano por la infraestructura hospitalaria y el tipo de trabajo médico. En nuestro país hemos tenido dos gratas aplicaciones con experiencias paralelas que merecen detallar. El doctor Eduardo Cáceres Graziani establece en el año 1953, un Residentado de Cirugía al estilo angloamericano en el Instituto del Cáncer. Utiliza un hospital especializado y con disciplina y adecuado grado de entrenamiento desarrolla especialistas en cancerología, que no eran demandados como tales. Su programa asistencial, con similar población de Residentes y de Médicos, le permitió una buena aplicación del sistema. Su asociación con la Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas se produce en el año 1962 y puede contar con docentes universitarios en un determinado porcentaje. Fue una coyuntura económico-asistencial que le permitió el funcionamiento del Instituto a un menor costo y con un programa docente de buen nivel. De otro lado, en 1962, los docentes de la UPCMB, recién fundada y actualmente Universidad Peruana Cayetano Heredia, establecen un programa de Residencias de Cirugía General utilizando como base el Hospital "Arzobispo Loayza" en donde se encontraba la Coordinación quirúrgica (Dr. Víctor Baracco Gandolfo). Integrando los servicios quirúrgicos docentes de la UPCMB de los hospitales "2 de Mayo", "Tórax", "Niño" e "INC", los Residentes son formados en un estilo más liberal por las condiciones de la infraestructura, Cirujanos generales que justamente eran los que el país necesitaba. Los servicios hospitalarios contaban con un gran número de cirujanos rentados y libres que no permitían una buena aplicación del estilo. Sin embargo, con el correr de los años y la aplicación del puesto único, se logró que la población de los Residentes ocupara una gran parte de las responsabilidades en la actividad quirúrgica. Este sistema fue centralizado a partir de 1969 en el Hospital "Cayetano Heredia", con una planta de Cirujanos todos docentes y contando con las facilidades de integración que permitían un entrenamiento calificado. Fue una tesonera coyuntura docente-asistencial que favoreció el funcionamiento y perfeccionamiento hospitalario encausado hacia un fin docente de alto nivel.

Al presente las Universidades de Arequipa, Trujillo, San Marcos y Villarreal tienen establecido sistemas de Residencias en Cirugía General y sus especialidades que permiten entrenar a un buen número de cirujanos.

En un análisis panorámico de los HOSPITALES donde se realiza la docencia, nos encontramos que solo algunos tienen un enlace íntimo con las Universidades, los menos; la mayoría son afiliados a simples servicios quirúrgicos dentro de un complejo casi indiferente a la docencia por su formación asistencial. En esta variedad de situaciones el Residente acomoda su rendimiento de acuerdo al ambiente que domina en el servicio en rotación, desperdiciando en forma consciente el tiempo de formación y haciendo mal uso de los costos. De otro lado, los Hospitales por necesidades asistenciales, donde aplican los programas de Residentado, tienen un número adecuado de especialistas en todas las ramas de la cirugía. Los Residentes se encuentran limitados en su entrenamiento en el número de las acciones quirúrgicas. Se hace evidente una contradicción entre lo ofrecido y lo aplicado, con matices diferentes entre la actitud de los cirujanos y los residentes.

Es conveniente que los hospitales afiliados a la docencia vayan incrementando su PROFESORADO en base a los especialistas de planta, evitando que el control de los Residentes sea realizado por profesores visitantes. La integración asistencial-docente será más factible porque los actores de ella son los integrantes natos de las actividades hospitalarias. Si se va desarrollando ese espíritu toda la infraestructura hospitalaria será utilizada en su beneficio, tanto en la cirugía selectiva como en la urgencia. Llegará un momento en que no se diga en forma alegre, que los hospitales están en manos de los Residentes ni que las actividades operatorias se desarrollan por los Cirujanos de planta, dejando el trabajo pesado para la plana menor. Apoyar el perfeccionamiento es el único medio



acta médica peruana

de poder equilibrar la balanza, ya que los reglamentos y sanciones ya sabemos para qué son utilizados en nuestro medio.

Quizá llegue el día en que los hospitales cuenten con la implementación necesaria para una atención adecuada de los pacientes y una buena docencia. Exigir la implementación de pequeños laboratorios para los trabajos de técnica operatoria en animales vivos es esencial en el entrenamiento de los Residentes de cirugía. No sería demasado pedir que la cirugía experimental con aplicación clínica permitiese a los jóvenes cirujanos ensayar sus nuevos procedimientos operatorios en los animales a fin de no ser su semejante donde realice su primer acto operatorio. Debemos recordar que la aplicación clínica de la cirugía experimental fue iniciada oficialmente en el Hospital "Arzobispo Loayza" por la UNMSM en el año 1953 (Dres. Carlos Villarán Godoy y Víctor Baracco Gandolfo).

Un último paso, dependiente de la política nacional futura, es que los hospitales tengan una cobertura total, desde los pacientes desamparados hasta los económicamente activos, para que la financiación y desarrollo de esos programas sean una realidad. Este sistema que imperó en el INEN y parcialmente en el Hospital "Arzobispo Loayza", fue eliminado e incluso se prohibió todo intento de construcciones anexas a ellos para la atención de todos los niveles económicos.

Los PROGRAMAS DE RESIDENTADO EN CIRUGIA GENERAL tienen por objeto darle al Médico recién egresado los conocimientos y la práctica de la cirugía moderna en un período de tres años, que en realidad el agregado de un año para la Jefatura de Residencia sería lo más conveniente. Ejecutarán en la consulta externa, emergencia, hospitalización y centro quirúrgico la cirugía de emergencia de todas las especialidades (neurocirugía, cirugía torácica, traumatología, urología, otorrino, oftalmología y gineco-obstetricia) y entrenamiento en anestesiología. La cirugía electiva y de emergencia se circunscribe a la abdominal, vascular periférica, cuello, mama y tejidos periféricos. Una rotación en cirugía pediátrica general es de gran utilidad. La integración asistencial-docente mediante la presentación diaria de los casos que van a ser operados, las Conferencias Clínico-Patológicas y Complicaciones-Mortalidad deberán estar no solo programadas sino ser cumplidas. La asistencia obligatoria de los Residentes y la moral y de renovación de los Cirujanos.

Debe primar en los programas el concepto de que las rotaciones integran a los Residentes en los grupos asistenciales, es decir, siempre exista un Residente en rotación, evitando las minirotaciones. Los Residentes no deben ser utilizados para cubrir las deficiencias asistenciales de otros estratos. Las guardias hospitalarias deben ser intensas en los primeros años e incluso en un buen centro hospitalario los Jefes de Residentes lo desean para mayores oportunidades.

Con estos lineamientos el Cirujano General tendrá un conocimiento de la emergencia de las principales especialidades quirúrgicas, inclusive la gineco-obstetricia, y se profundizará en los problemas electivos de la cirugía abdominal, vascular periférica, cuello, mama y tejidos periféricos. Nos parece que es el Cirujano que el país necesita y que por lógica ganará los concursos por mediana que sea su formación.

En esta etapa de transición que está pasando la aplicación de las Residencias de Cirugía General debido a los diferentes grados de formación de los dicentes; debido a que los programas todos excelentes en el papel tienen que ser aplicados en hospitales con diferentes grados de interés docente, llámese universitarios, asociados o afiliados a las Escuelas de Postgrado; con docentes a tiempo completo o con diferentes grados de dedicación, de planta o visitantes; nosotros creemos que las deficiencias iniciales desaparecerán y tomarán un curso adecuado si existe la seriedad en ellos y un control eficiente por las Universidades. Una proyección final estaría de acuerdo con lo sucedido en otros países adelantados, con la conformación de una entidad multisectorial en la que intervengan las Universidades, Sociedades Médicas y entidades hospitalarias a fin de perfeccionar la aplicación de los bien elaborados programas y los mecanismos de control.

Dr. Víctor Baracco Gandolfo
Profesor Principal UPCH
CM 3171