

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA CIRUGIA EN MEXICO¹

I

INTRODUCCION

MANUEL QUIJANO-NAREZO²

TRATANDO de alinearnos en las directrices señaladas por nuestro Presidente en su discurso de toma de posesión, de que la Academia no debía convertirse ni en una sociedad especializada en que se discuten temas de interés circunscrito a iniciados, ni menos en una corporación donde se repiten temas de divulgación, hemos decidido tratar en este simposio algunos aspectos la educación médica, relacionados con la cirugía. Si el título de "Presente, Pasado y Futuro de la Cirugía en México" puede parecer pretencioso, acudimos a la benevolencia del lector para entender que no intentaremos proponer reformas sustanciales —ni siquiera innovaciones—, sino apenas hacer una reflexión breve sobre cuál es nuestro pasado inmediato y cuál el estado actual.

Hace 25 años se inició en nuestro país una campaña de alfabetización; 15 años después, el mismo que planeó y

alentó esa campaña dijo que México no podía ni quería convertirse en un país de "primarios" y "alfabetizados"; es decir, no era suficiente que todos los mexicanos fueran capaces de leer las tiras cómicas y efectuar las operaciones aritméticas simples. Ahora bien, el egresado de una escuela de Medicina sin oportunidades de llevar más adelante su educación, o de continuar en contacto con los centros de estudio avanzado o de investigación, se queda en calidad de "primario".

Es pues indispensable que estemos todos constantemente enjuiciando nuestros métodos de enseñanza y evaluando los procedimientos para extender la escolaridad de los médicos. Entre estos procedimientos está: 1º el impulsar el tipo de "enseñanza secundaria", es decir, las escuelas de graduados, cursos especializados, residencias y otros; 2º el reconocimiento oficial para los títulos que se obtengan de esos estudios; 3º el fomentar el interés y la afición por la especialización en materias básicas, la investigación, y la carrera de profesor

¹ Sesión homenaje al académico Gustavo Baz, celebrada el 6 de mayo de 1970.

² Académico numerario. Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

de tiempo completo; 4º el proveer que los que escogen este campo estén bien remunerados, tengan asegurado el futuro, cuenten con centros de trabajo apropiados, personalidad universitaria, equipos completos y un presupuesto

desalocado; 5º extender en la medida de lo posible a toda la República esas posibilidades, pues el centralizar esas actividades en la capital es decidirse a aceptar la existencia de "primarios" en la provincia.

II

DESARROLLO DE LA CIRUGIA EN MEXICO EN LOS ULTIMOS CINCUENTA AÑOS¹

BENJAMÍN BANDERA²

SE ME HA PEDIDO que hable acerca del desarrollo de la Cirugía en nuestra capital, durante los últimos 50 años, en esta sesión de homenaje a uno de nuestros más distinguidos cirujanos, el doctor Gustavo Baz, quien celebra el cincuentenario de su recepción profesional.

Quizás parezca extraño que no sea un cirujano a quien se le confíe este tema; pero coincidieron en mí dos circunstancias que decidieron la elección: la primera, que por mi edad, he sobrepasado el plazo de 50 años de estar en el medio quirúrgico y la segunda, que por haber participado en el desarrollo de la Cirugía, como anestesista, he podido seguir, paso a paso, todos sus progresos.

No pretendo hacer historia, con fechas, nombres y detalles. Es sólo una

impresión general, a grandes pinceladas, del aspecto que presentaban nuestros hospitales y la Cirugía que en ellos se desarrollaba, desde el año de 1915, en que como estudiante, comencé a darme cuenta del medio quirúrgico en que se vivía, hasta la época actual, que todos ustedes tan bien conocen.

Por esta circunstancia de una visión general, de antemano pido excusas por si omito algún hecho de importancia o si se me escapa el nombre de algún cirujano destacado.

Cursaba los últimos años de mi carrera y con este motivo frecuentábamos los hospitales de entonces: el General, el Juárez y el Morelos; además algunos teníamos el puesto de practicantes en hospitales de la Beneficencia Privada, de los que me ocuparé más adelante.

El primer lugar, corresponde al Juárez, para darle el sitio que por su antigüedad merece. Era entonces un hospi-

¹ Presentado en la sesión homenaje al académico Gustavo Baz, el 6 de mayo de 1970.

² Académico titular.

tal con aspecto de prisión. Esto se lo daban, las salas de "encausados", como se les llamaba a los reos que por lesiones o por enfermedad, estaban allí aislados. Fuertes rejas de hierro en la entrada de las salas; centinela armado en la puerta; soldados que esperaban su turno para entrar en funciones, acompañados de sus familiares, en la entrada del hospital. Salas grandes, no todas bien iluminadas y con gente pobre. Era el hospital "de sangre", como entonces se le llamaba, adonde se concentraban las víctimas de accidentes, riñas y demás violencias. Era, por lo tanto, una cirugía de urgencia, en crecida proporción. Las guardias eran una magnífica oportunidad para templar cirujanos en situaciones que no admitían titubeos ni dilaciones y ahí se formaron excelentes cirujanos, que al correr de los tiempos, derivaron a otras especialidades con una muy buena preparación.

A pesar de estas características, esencialmente quirúrgicas, había unas barracas de madera para enfermos contagiosos, principalmente de tifo y era un espectáculo impresionante, ver en los escalones que conducían al interior, los convalecientes, envueltos en sus "frazadas" rojas, tomando el sol en las mañanas.

Al correr el tiempo, el hospital se transformó, no sólo materialmente, sino en su organización y los nombres de José Torres Torija y José Castro Villagrana, a la cabeza, merecen mencionarse. El hospital cambió de aspecto totalmente. Derivaron a otros sitios a buen número de los lesionados; desaparecieron los soldados y las barracas; salas y

quirófanos se transformaron y como una floración de esos cambios, surgieron las Asambleas Nacionales de Cirujanos, de cuyo éxito e importancia, todos nosotros hemos sido testigos.

Muy pronto habrá un nuevo Hospital Juárez, totalmente moderno, pero se conservará su bello patio colonial, las piedras que se humedecieron con la sangre de los heridos de Padierna y los corredores que evocan la figura de Sor Micaela.

El Hospital General, sucesor del Hospital de San Andrés, fue el primero que rompió el viejo molde de nuestros antiguos hospitales. Su disposición en pabellones aislados, rodeados de jardines, llenos de luz, de blancura y de limpieza, contrastaban con las salas de los otros nosocomios. Esta misma disposición, obligó a separar a los enfermos en las tres grandes categorías de Medicina, Cirugía y Obstetricia y a subdividirlos en las especialidades que entonces se admitían. Ya en algunos pabellones se seguían cursos de especialidad, dependientes de la Escuela de Altos Estudios, como el que daba el Dr. Manuel Gallegos en el Pabellón 16, de Ginecología.

Todo este aspecto insólito, ofrecía a los estudiantes novedades que influían para desarrollar un mejor trabajo. El pabellón de operaciones con su sala central y un anfiteatro para los alumnos. Los pabellones de infecciosos, separados por altos muros y doble reja. Un sitio para rehabilitación de operados, con aparatos especiales y una sección para hidroterapia. El anfiteatro para las autopsias y para las clases de Anatomía Patológica, limpio, blanco, bien ventilado, lleno de luz. Los enfermos con ropa

especial y adecuada, todo en suma, nos proporcionaba un nuevo aspecto para la asistencia de los asilados.

El Hospital Morelos, también en edificio colonial, participaba de ese doble aspecto de hospital y prisión. Era el sitio donde se recluían las prostitutas y su principal función era curar las enfermedades venéreas y las complicaciones a las que daban lugar. Cambió de clientela, aunque poco de aspecto y también de nombre, por el de un distinguido cirujano, el Dr. Jesús Alemán Pérez y posteriormente por el de la Mujer. Fue cuna de excelentes cirujanos en esa rama y más tarde, cuando se admitieron pacientes de maternidad, tuvieron ahí buena práctica, distinguidos obstetras. Ya es tan solo un recuerdo, porque su sucesor, en otro sitio y construido con ese fin, es un hospital moderno.

Poco podría decir del Hospital Militar, que con las características de su época y su especial atención al cuerpo del Ejército, era, como el Juárez, semillero de muy distinguidos médicos, cuyos nombres se repiten con veneración y que al pasar al espléndido local que hoy ocupa, sigue, fiel a su tradición, formando excelentes profesionistas, que disfrutan de toda nuestra consideración y respeto.

Me sería penoso omitir dos hospitales privados y por eso paso a referirme a ellos: el Hospital de Jesús y el Hospital de Regina. El primero, lleno de tradición, tenía dos salas de Medicina, para hombres y para mujeres; otras dos de Cirugía, con la misma división y una para sacerdotes enfermos. En tan reducido espacio, se hacía una excelente labor. Médicos y practicantes, formába-

mos una pequeña familia y en un ambiente de compañerismo, hacíamos muy buena práctica. Pecaría de ingrato si no mencionara el nombre del que fue para todos nosotros, un maestro, en la más amplia acepción de la palabra, el Dr. José Alvarez Amézquita y también que fue allí donde me enseñaron a dar anestesia, actividad que al correr del tiempo, ha llenado toda mi vida.

El Hospital de Regina, como corrientemente se llamaba al Hospital Concepción Béistegui, es también un edificio colonial, donde grandes maestros de otras épocas, tuvieron ahí su campo de trabajo y este hospital, con las modificaciones modernas que son indispensables, sigue llenando su función, muy satisfactoriamente.

Más adelante tendré la oportunidad de ocuparme de dos sanatorios privados, por la contribución que prestaron al desarrollo de la Cirugía.

Tales eran los sitios donde se ejercitaba esta noble rama de la Medicina. Veamos cómo se preparaba y qué características tenían en esa época.

Los estudios médicos para la preparación del cirujano, no revestían caracteres particulares y eran iguales para todos. Sin embargo, se recalca que el que tenía aficiones quirúrgicas, debería tener mayores conocimientos anatómicos, ya que en ellos basaba la rapidez de sus futuras operaciones. La Anatomía Descriptiva, era la materia con la que recibía nuestra Escuela a los recién ingresados. Materia que ejercitaba la memoria y que constituía una barrera infranqueable para muchos y para no pocos, un obstáculo que les impedía la regularidad de sus estudios. Materia

árida, cuya importancia intuíamos, pero que hasta mucho más tarde apreciábamos en todo su valer y cuyas dificultades se aumentaban con la severidad de algunos profesores, para su enseñanza y para el examen final. Tenía por duración un año y posteriormente, dos. Después se pasaba a la Anatomía Topográfica, que daba ya un sentido de utilidad a la materia. (¡El inolvidable Tillaux!). En años superiores había la clase de Técnica Quirúrgica en el cadáver, que consistía, principalmente, en amputaciones, desarticulaciones y ligaduras de los más importantes vasos y de ahí, a la práctica en los hospitales, como ayudantes y más tarde, bajo la dirección de los cirujanos, iniciarse en operaciones sencillas y, según las aptitudes, continuar al lado de cirujanos reputados o emprender el vuelo con arrestos propios.

Quisiera recordar el tipo de algunos cirujanos de esa época de las primeras décadas del siglo. En las salas de operaciones, era la figura central, la única, un verdadero Júpiter Olímpico, cuyas órdenes se acataban sin discutir y que bastaba una mirada para inmovilizar a un médico o a una enfermera. El era el que recibía felicitaciones al terminar una operación, pero también es cierto que era el único responsable y que si sobrevenía un fracaso, caía íntegro sobre sus espaldas.

Mientras más fama y renombre tenía el cirujano, estas características se acentuaban, aunque es justo decir, que había y no pocos, cirujanos comprensivos, amables, con quienes era un verdadero placer trabajar a su lado.

Ya ustedes no conocieron a estos ci-

rujanos, aunque quizás recuerden los nombres de algunos, violentos de carácter, que no llegaban más que a tener un remoto parecido con los que nosotros tuvimos que sufrir.

Parecerá que son muchos los años que deben de haber transcurrido entre las escenas anteriores y el trabajo que ahora se practica y son apenas 20 o 30 los que han sido necesarios para que el cirujano se transforme en el jefe de un equipo, con funciones bien definidas y con responsabilidades precisas. Ya no puede abarcar todas las funciones y necesita aislarse de ellas para entregarse a su técnica, mientras que médicos especializados van llenando, armónicamente, sus diversas actividades e informando al cirujano del estado del enfermo.

Al finalizar la segunda década de este siglo, la cirugía disfrutaba de un campo que se antoja reducido, si se compara con el actual. El cirujano general, trataba varios padecimientos, aunque comenzaban a separarse algunos que entraban en el dominio del especialista. Así, en el cráneo, se hacían trepanaciones por traumatismos, ya que las de la mastoides, pasaban a las manos del otorrinolaringólogo, lo mismo que las afecciones oculares. Fracturas y heridas de la cara, las trataban los cirujanos generales y en la cavidad faríngea, se iniciaban las amigdalectomías incompletas. En el cuello dominaba la cirugía traumática, reparadora de heridas. La cavidad torácica se respetaba y sólo se canalizaban los derrames pleurales.

Comenzaban a hacerse operaciones sobre el estómago y vesícula biliar, gastroenteroanastomosis y colecistostomías.

En heridas penetrantes, las resecciones de intestino, especialmente delgado, eran de la práctica hospitalaria y en la pared abdominal, las hernias eran frecuentes y las operaban los cirujanos generales. El abdomen bajo, tenía la cirugía ginecológica, los grandes fibromas y quistes y los procesos sépticos de las trompas, ya que el resto de la cirugía ginecológica, era vaginal.

La cirugía urológica, que ya se perfilaba como especialidad, estaba unida a la venereología, que ocupaba a un buen número de médicos, que trataban las complicaciones de esas enfermedades que se llamaban "secretas" y que llenaban un amplio capítulo de la Patología de esa época.

Las hemorroides también se operaban, especialmente las procidentes, por el sencillísimo método de poner una pinza en la base, una ligadura, cortarla y asunto concluido.

En los miembros inferiores, la cirugía se aplicaba en los padecimientos traumáticos y por excepción, se trataban otros, como las várices, en las que se empleaba la operación de Moreschi: una incisión circular en la parte superior de la pierna y ligadura de las venas del tejido celular que se hubieran seccionado.

Había especialidades bien definidas, como la Oftalmología, que muy a menudo se asociaba con padecimientos de nariz, oídos y garganta, aunque estos últimos ya comenzaban a independizarse. Se iniciaban otras, como la Dermatología, que ya contaba con un pabellón en el Hospital General, o la Pediatría, que era en sus principios solamente médica. Las enfermedades mentales,

contaban ya con médicos preparados. La Obstetricia reducía su campo a la atención de los partos a domicilio, compartida con las parteras, que tenían una buena clientela. La Cirugía Obstétrica, se reducía a las aplicaciones de fórceps y las versiones y contaba con la terrible amenaza de la fiebre puerperal, para la que solo existían contados y poco eficaces recursos. Como un índice de lo que era la Cirugía Obstétrica, recuerdo la ocasión en que me avisaron mis compañeros que estaban de guardia en el Hospital General, que me trasladara violentamente, no obstante ser de noche, porque iba a hacerse una operación cesárea. A pesar de la hora, la gradería de la sala central estaba muy concurrida para contemplar aquel hecho insólito.

La Ginecología abdominal, la realizaban los cirujanos generales y empezó a hacerse la Ginecología vaginal, por el Dr. Julián Villarreal, quien después de un viaje a Alemania, impulsó esta cirugía, ayudado por sus colaboradores, los doctores Juan Velázquez Uriarte y Carlos Zavala. Esto hizo que se dedicaran como especialidad, varios cirujanos y así se inició la actual Cirugía Ginecológica.

A los reducidos elementos con que entonces se contaba para combatir la agresión quirúrgica, (suero fisiológico subcutáneo y tonicardíacos, como el aceite alcanforado) había que agregar los anestésicos tóxicos, cloroformo y éter, casi siempre administrados por personas de poca experiencia, ya que éramos nosotros los que nos dedicábamos a tan menospreciadas tareas. Esto explica el auge de la raquianestesia, que aplicaba el

cirujano y que para el vientre le daba condiciones difíciles de igualar con los anestésicos generales. Todo esto hacía de la Cirugía una especialidad de pronóstico sombrío, en que sólo la rapidez y habilidad de los cirujanos, podían sacar adelante los casos delicados.

Nuestros textos, revistas y libros, eran franceses y los viajes de nuestros cirujanos tenían por meta París, aunque algunos desviaban hacia Alemania e Inglaterra, por algún motivo especial.

Causas no médicas impusieron un cambio. Dos guerras mundiales y una revolución nacional, limitaban la producción europea y la facilidad de los viajes y el desarrollo de la nación norteamericana, abrieron un campo al que se precipitaron médicos jóvenes y maestros consagrados, hacia hospitales llenos de recursos materiales, admirablemente organizados, con una producción científica muy abundante en libros y revistas y cambiaron el sentido y orientación de nuestra Cirugía.

Quiero referirme ahora a dos sanatorios particulares, que a mi parecer, tuvieron benéfica influencia en el desarrollo de la Cirugía, en esos primeros años de este siglo: el Hospital Francés y el Sanatorio Valdés. El primero, porque fue construido con ese objeto, contrastando con las casas de habitación que entonces se adaptaban para sanatorios. Su aspecto novedoso, atractivo y agradable, sembró en las clases alta y media de nuestra capital, la idea de que operaciones y partos deberían hacerse en lugares especialmente dedicados a ello y las enfermas, al comparar en sus personas la diferencia de una atención domiciliaria a una institucio-

nal, fueron las más convencidas propagandistas del cambio y así se inició lo que es hoy, hasta para las clases pobres, un hecho sin discusión: operaciones y partos, en hospitales y sanatorios.

El Sanatorio Valdés era un sanatorio privado, propiedad del Dr. Ulises Valdés, cirujano excepcional, quien trajo de Norteamérica la formación de expedientes completos para los que ahí se operaban; inició la anestesia general rutinaria con protóxido de ázoe y un servicio de revisión postoperatoria para todos sus clientes. Al sanatorio concurrían médicos amigos del Dr. Valdés, quienes tenían las puertas abiertas y todos los servicios a su disposición. No conforme con el excelente cuidado que tenían sus pacientes, el maestro Valdés publicó tres tomos de los Anales del Sanatorio Valdés, pulcramente impresos, que se repartían gratuitamente, a los médicos, no sólo de la capital, sino también de la provincia y donde se vertía la experiencia y los métodos que ahí se seguían, con la colaboración de distinguidos médicos que participaban en el trabajo del Sanatorio. Al terminar el tercer tomo, la publicación se cambió por un boletín mensual, con un contenido siempre interesante, que se publicó por dos años más, hasta el fallecimiento de tan inolvidable maestro.

Ya en tiempos de paz y tranquilidad, la Cirugía se desarrolló siguiendo los lineamientos que le marcaban los más prestigiados centros.

Dos instituciones dieron un impulso importante a nuestra Cirugía: el Instituto Nacional de la Nutrición y el de Cardiología. El primero, seleccionó un grupo de cirujanos jóvenes, muy bien pre-

parados, que impusieron normas de técnica y cuidados quirúrgicos, que elevaron su labor y formaron escuela. Muchos de ellos son personalidades de alto relieve en nuestro medio quirúrgico y la semilla que sembraron, sigue fructificando.

El Instituto Nacional de Cardiología, en su campo, también contribuyó a formar cirujanos de la especialidad y ahí se han realizado las primeras operaciones sobre cirugía tan delicada, con todos los elementos y con la excelente preparación de los que la ejecutan, verdaderas autoridades en esta materia.

Posteriormente, la construcción de los grandes centros quirúrgicos de la Seguridad Social, ofreció un campo ideal para la formación de cirujanos y para que los maestros, desarrollaran todas sus cualidades. Hospitales excelentemente dotados, con abundante material humano, son centros donde se practica toda clase de Cirugía, en las mejores condiciones y con los mejores resultados. Ya nuestras estadísticas, comparables a otros centros del extranjero, son el mejor índice de la Cirugía que ahí se ejecuta y los trabajos científicos, en Academias y Sociedades especializadas, revelan el progreso constante de los cirujanos que ahí colaboran.

Citaré además, como elementos que han contribuido al progreso de la Cirugía, las obras que realiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia Públicas, en los Hospitales General y Juárez, además de la creación del Hospital Infantil, del de Neumología y el Instituto de Neurología.

Los progresos de la Ciencia Médica

en los últimos 50 años, han sido de una rapidez y extensión, extraordinarios y la Cirugía, siguiendo ese progreso, ha llegado a órganos, como el cerebro y el corazón, que se creían intocables, donde se realizan intervenciones que nunca se imaginaron. No es esto sólo; la valoración del riesgo quirúrgico, la preparación de los enfermos para la operación, la vigilancia de ellos en el transoperatorio con aparatos que revelan las alteraciones que intervención y anestesia están ocasionando en el organismo y que dan la pauta para remediarlos y los valiosos recursos para combatir la enfermedad postoperatoria, que llamaba Leriche, hacen de la Cirugía actual algo tan diferente de la que conocimos hace 50 años, que los que hemos sido testigos de ese progreso tan rápido, nos parece como si asistiéramos a una película de ciencia y ficción, como las que se proyectan. Hemos tenido que rehacer nuestros estudios y volver a estudiar materias clásicas y aprender otras nuevas y en un afán de no quedar atrás, hemos desarrollado un esfuerzo que nos complace, al leer y escuchar un lenguaje que en otros tiempos nos resultaría totalmente desconocido.

No obstante estos progresos, la Cirugía sigue siendo un arte y el cirujano, el verdadero cirujano, no el operador, la siente, se complace en ella, en el detalle personal que completa un tiempo y que en esos momentos surgió, como el golpe del cincel de un escultor o el acorde de un músico.

A pesar del esfuerzo que esto ha significado, estamos satisfechos de haber vivido, tan intensamente, estas etapas de nuestras vidas y de que al alcanzar este

tiempo, preñado aun de progresos inconcebibles, podamos contemplar el pasado con la satisfacción de haber estado siempre, con los ojos abiertos hacia el progreso y los pies firmemente asentados en la realidad.

Solo me queda unir mis felicitaciones para el Dr. Baz, por esos 50 años de trabajo intenso y fructífero y que a ellos sume más, para satisfacción de sus amigos y para que reciba los frutos de sus años de labor.

III

LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA EN LA ACTUALIDAD¹

JOSÉ LUIS BRAVO²

I. ¿QUÉ ES CIRUGÍA?

LA CIRUGÍA SE DEFINE COMO la rama de las Ciencias Médicas que corresponde al arte y a la práctica de la corrección de las deformidades y defectos, a la reparación de las lesiones traumáticas, al diagnóstico y curación de las enfermedades, a la mejoría de los que sufren y a la prolongación de la vida, por medio de las operaciones y las instrumentaciones manuales. El cirujano es entre los médicos, uno de los que está en contacto más directo y personal con los enfermos por la misma índole de su especialidad. Esta relación interpersonal se establece en el período preoperatorio, se intensifica durante la intervención quirúrgica, cuyo buen resultado va a depender del buen adiestramiento y ca-

pacidad del cirujano, y del buen juicio que emplée para resolver el caso; y se va a estrechar aún más durante el postoperatorio, con la cuidadosa vigilancia, la visita cotidiana y las curaciones. Una operación está siempre rodeada de cierto dramatismo y de la idea de que en ella el paciente arriesga su vida. Deja en él una huella imborrable y difícilmente el paciente olvida al cirujano que lo operó y, también, el cirujano rara vez olvida a los pacientes que ha intervenido quirúrgicamente. Esta misma relación personal existe también entre el cirujano y aquellos que genuinamente contribuyeron a su educación. Siempre recordamos a los cirujanos que dirigieron nuestros primeros pasos, los que nos ayudaron en nuestras primeras intervenciones y los que fueron guías en situaciones en las que el buen juicio y la experiencia eran indispensables para lograr la solución adecuada de algún problema.

¹ Presentado en la sesión homenaje al académico Gustavo Baz, el 6 de mayo de 1970.

² Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

II. ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA

A. *Antecedentes históricos*

La enseñanza de la cirugía requiere del contacto personal entre el que enseña y el cirujano en formación. En la antigüedad los cirujanos en formación, además de ayudar a sus maestros en las operaciones, aprendían a seguir los casos con ellos y finalmente, después de muchos años, podían sentirse capacitados para llevar a cabo las mismas intervenciones. Con la instauración de hospitales generales que recibían un gran volumen de pacientes, esta enseñanza personal y la atención de los enfermos se hizo cada vez más difícil y requirió del empleo de médicos que, interesados en la cirugía, se encargaran del cuidado cotidiano de los pacientes encamados. Podemos considerar a esta necesidad asistencial como una de las causas que originó la creación del sistema moderno de enseñanza de la Cirugía y de la Medicina. El sistema de enseñanza quirúrgica tal como lo conocemos hoy tuvo uno de sus iniciadores en William Halsted, quien nombró a Broockway y Finney residentes del Hospital Johns Hopkins en 1889. Aquellos jóvenes médicos, interesados en la cirugía, eran sus segundas manos en el hospital y mediante ellos podían atenderse un gran número de pacientes. El número de residentes quirúrgicos era escaso, así como el número de los hospitales en los cuales podía hacerse la enseñanza. La duración del adiestramiento no se determinaba por el número de años, sino por el nivel y la competencia que alcanzaban los residentes. Las primeras residencias quirúrgicas eran, por

lo tanto, primordialmente educacionales y el servicio y trabajo hospitalario constituían el producto útil de esa residencia. En los Estados Unidos de Norteamérica, menos de 10 médicos restringían su práctica a la cirugía hacia el año de 1889.

En esa época nació otro concepto importante en la evolución y el progreso de la medicina actual que fue la formación de equipos médicos. La medicina de grupo se originó fundamentalmente en la creación de conjuntos organizados que practicaban las intervenciones quirúrgicas. Estos equipos estaban formados por médicos en distintas etapas de adiestramiento y experiencia, que se responsabilizaban de una parte del trabajo, o de ayudar en la intervención quirúrgica para hacerla más rápida y eficaz.

B. *La enseñanza en la época actual*

A partir de esa época el sistema de enseñanza quirúrgica mediante internados y residencias, orientados hacia esta especialidad, se generalizó, sobre todo en los Estados Unidos y en Europa y posteriormente en otras partes del mundo. La presencia, en los hospitales universitarios, de grupos de médicos interesados en la Cirugía o en otras ramas de la Medicina, creó la necesidad de que la enseñanza de los cirujanos fuera sistematizada y por etapas, que iban, desde el adiestramiento en las intervenciones más sencillas, hasta cuando, al cabo de unos años, el cirujano era capaz de llevar a cabo las operaciones que hacían sus maestros. Era esto ya un sistema que podía ser utilizado por

muchas personas y no el método de enseñanza individual, limitado y requirió la elaboración de programas adecuados, orientados hacia la formación integral del cirujano. El sistema exige además, que las personas que intervienen en la formación de los nuevos cirujanos comprendan la idea fundamental en la enseñanza de nuestra especialidad, que consiste en que el cirujano de más experiencia enseñe personalmente al lado del enfermo, en el quirófano, o mediante exposiciones teóricas a sus residentes y que en muchas ocasiones se convierta en su primer ayudante, con objeto de darle apoyo y confianza y de supervisarlo cuidadosamente. Esta idea, que implica el interés personal del cirujano dedicado a la enseñanza por sus residentes, sigue siendo de gran valor en la actualidad.

En un principio, el adiestramiento quirúrgico era de tipo general; los cirujanos se adiestraban en todas aquellas intervenciones quirúrgicas que se practicaban en un hospital general, pero el inmenso progreso de la Cirugía y la Medicina en este siglo, dio lugar a la creación de las especialidades médicas y quirúrgicas y, por lo tanto, a la prolongación del adiestramiento y a la creación de residencias en especialidades propiamente dichas. En muchos casos, el aumento enorme de las necesidades asistenciales ha convertido la residencia quirúrgica en algo muy distinto: frecuentemente ya no es un período de educación para graduados sino un aprendizaje proveniente del trabajo diario, en el cual la educación es simplemente el corolario.

El establecimiento de programas de

enseñanza quirúrgica creó la necesidad de establecer ciertas normas de "control de calidad" que originaron reglamentos y estos dieron lugar a los "consejos calificados" para certificar a los cirujanos como especialistas. En los Estados Unidos existen estos "consejos" desde 1937 para certificar a los médicos en la gran mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas. En México, ya se han creado consejos de neurocirugía, patología y cirugía reconstructiva.

C. *Características del cirujano actual*

El cirujano moderno debe primero ser médico, conocer suficientemente la fisiología y la fisiopatología y las ciencias biomédicas. La Cirugía actual y la investigación quirúrgica se basan cada vez más en conocimientos fisiológicos y fisiopatológicos y tiende a transformarse en cirugía menos mutilante y más fisiológica. Esos conocimientos deben adquirirse desde la escuela de medicina y reiterarse posteriormente en cursos o en programas de enseñanza teórica durante la residencia.

D. *Cómo debe ser la residencia quirúrgica*

1. Ciencias básicas o biomédicas.

La residencia es una verdadera escuela, que debe orientar al cirujano joven no sólo a la acumulación de conocimientos técnicos, sino que debe aprender "cómo aprender", si no lo ha logrado en su educación previa.

La residencia quirúrgica es un proceso formativo que debe durar varios años. En las primeras etapas, el ciru-

jano joven deberá pasar varios meses en el Departamento de Anatomía Patológica y familiarizarse con la utilidad y limitaciones de la patología quirúrgica y aprender a establecer el diálogo con el patólogo lo cual implicará una estrecha colaboración, en la que ambos tengan como fin ayudarse mutuamente a resolver el problema del paciente.

Otra fase importante en los primeros años corresponde al aprendizaje del método científico. El sitio más adecuado es el laboratorio de cirugía experimental. Durante esta etapa el residente estará a cargo de proyectos de investigación. Tendrá una fuente de estímulo para sus inquietudes, que le despertará el interés por el progreso en la investigación quirúrgica y podrá desarrollar ideas personales y familiarizarse con la fisiología quirúrgica, la disciplina del quirófano y con el manejo de los tejidos vivos. También debe adquirir conocimientos básicos sobre anatomía quirúrgica, mediante disección en cadáveres y enseñanza teórica. Esta experiencia le permitirá lograr habilidad manual, conocer en parte sus limitaciones técnicas y adquirir juicio para valorar su propia investigación y la hecha en otros sitios. La ejecución de intervenciones quirúrgicas en animales, sin el peso de la responsabilidad de una vida humana en sus manos, es una excelente escuela técnica en el adiestramiento manual del cirujano. Debe insistirse más en que la investigación y el método científico deberán estar siempre orientados hacia el trabajo clínico, ya que, como lo afirma Creech, "no debe separarse el residente del labora-

torio más importante de todos que es la sala del hospital". De acuerdo con el doctor I. Chávez, puede afirmarse que la investigación médica debe tener como objetivo principal la curación de la enfermedad y no la investigación científica de la ciencia misma.

En esta etapa debe motivarse al residente para que tenga amor al estudio e insistir en la lectura de la literatura médica hasta que esto se vuelva un hábito. Existe una gran responsabilidad de los que se encargan de la formación del cirujano, pues ahora los conocimientos envejecen en unos cuantos años, por lo que hay que renovarlos continuamente.

Uno de los factores más útiles para ello es el contacto con un maestro que inspire a los alumnos y sea su modelo. De acuerdo con Dragstedt, los ingredientes de esta inspiración son el entusiasmo por una materia y el interés sincero por el estudiante. Es por lo que aquellos encargados de la formación del cirujano deben llevar a cabo investigación para que tengan imaginación y estimulen el interés y motiven a los residentes. Este mismo autor cita una frase de William Halstedt que dice: "Quien practica la medicina o hace investigación, pero no lee la literatura, es como si navegara en un mar desconocido. Aquel que lee libros pero no ve enfermos o no hace investigación es como si nunca se hiciera a la mar".

2. Rotación por servicios quirúrgicos.

Para poder lograr la visión "horizontal" y amplia de la cirugía, el cirujano debe de pasar a la siguiente etapa, que consistirá en la rotación por

los distintos servicios quirúrgicos de un hospital, donde podrá actuar como ayudante o como cirujano en intervenciones menores en las distintas especialidades quirúrgicas como ginecología, urología, ortopedia, cirugía de tórax, neurocirugía, cirugía plástica, cirugía pediátrica, etc. El hacer una incisión en un sitio determinado, el colocar una sutura en una posición apropiada, el encontrar un plano de disección que permita el manejo rápido y suave de los tejidos, y el aventurarse en las operaciones más difíciles con facilidad y aplomo, puede aprenderlo el cirujano solamente haciendo esas operaciones. Es por lo que el contacto personal en la enseñanza con gentes de más experiencia es un factor primordial en la técnica de la enseñanza quirúrgica. Aprender a operar no es difícil, siempre que haya suficientes oportunidades para hacerlo y siempre que el aprendizaje de las operaciones en quirófanos no se considere como de segunda importancia en relación con el conocimiento de otras disciplinas intelectuales relacionadas con la cirugía.

3. Cirugía general.

Para poder practicar satisfactoriamente una especialidad quirúrgica es necesario tener la base, que consiste en el adiestramiento en cirugía general. Es por lo que la primera formación corresponde a la cirugía general a fin de adquirir una visión que podríamos llamar "horizontal", de la cirugía, para contar con amplia y sólida base que en el futuro permita desarrollar una especialidad, cualquiera que sea, pero sin olvidar los conceptos quirúrgicos

generales aplicables a todas las especialidades. El adiestramiento en cirugía general es el básico en cirugía, o mejor dicho el adiestramiento en cirugía básica. Consiste en conocer y tratar los problemas comunes a toda la cirugía, como la hemorragia, la infección, las neoplasias, los trastornos hídricos y electrolíticos, la respuesta metabólica al trauma, la cicatrización, el fenómeno del rechazo y los conocimientos básicos en fisiología y fisiopatología de los aparatos respiratorio, cardiovascular, endocrino, digestivo y genitourinario, así como los fundamentos de farmacología aplicada, de anestesia, de epidemiología y la respuesta psicológica a la enfermedad.

La tercera etapa consistirá en el trabajo de los residentes en servicios de cirugía general, como se entiende en la actualidad y que comprende cirugía abdominal, cirugía de tórax, traumatología, cirugía oncológica, etc. Esta etapa puede durar uno o dos años más y al final de ellos se considera que el residente ha completado su adiestramiento como cirujano general. Posteriormente podrá tomar el camino de alguna especialidad que requerirá años adicionales de formación y experiencia en un programa de residencia organizado.

Este es el sistema que se emplea en la actualidad en los principales centros hospitalarios de enseñanza universitaria de casi todo el mundo. Es un programa largo y difícil, pero que ha dado buenos resultados.

4. Educación continuada.

La enseñanza quirúrgica no termina ahí, sino que es entonces donde em-

pieza la maduración del verdadero juicio quirúrgico "personal" de cada cirujano. El aprendizaje de la cirugía es un proceso continuado, constante, derivado de la práctica diaria y sobre todo de la valoración crítica de los errores, que son frecuentemente los que más enseñan. El cirujano puede continuar su educación mediante cursos permanentes, congresos, lectura de revistas y sobre todo con la participación activa en un servicio quirúrgico y el contacto con otros cirujanos, con los cuales pueda discutir su manera de proceder y valorar con autocrítica sus resultados. De acuerdo con Whitehead, en todo proceso de enseñanza hay tres etapas: la etapa de romance, la de precisión y la de generalización.

La etapa de romance correspondería a los primeros años de enseñanza quirúrgica dedicados al adiestramiento en cirugía básica. La etapa de precisión a la segunda parte del aprendizaje del cirujano, donde empieza a operar y a tomar en sus manos la responsabilidad de los pacientes. Esta etapa de precisión puede prolongarse muchos años después de la residencia quirúrgica, hasta que el cirujano logra madurez como resultado de su habilidad manual primero y de la adquisición de "buen juicio quirúrgico", sereno y basado en la experiencia. Es ahí en donde se inicia la tercera etapa, la de generalización, cuando puede verse hacia atrás y juzgar equilibradamente las experiencias adquiridas para aplicarlas a la enseñanza, a la modificación del criterio, de la técnica, y al progreso de la especialidad.

III. LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA EN MÉXICO

En nuestro país, hasta hace pocos años, la formación de los cirujanos no se hacía de acuerdo con un programa que tuviera como objetivo la educación, sino que era el resultado de la labor asistencial de los residentes y no existían programas docentes establecidos.

Poco a poco se elaboraron estos programas y con la orientación y reglamentación de la enseñanza por la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. se ha logrado un progreso considerable. En la actualidad, este organismo supervisa y certifica la enseñanza quirúrgica por medio de cursos de especialización en cirugía general en siete hospitales de la ciudad. Otras universidades lo están haciendo en algunos Estados de la República. Igualmente, existen 32 cursos reconocidos en otras especialidades quirúrgicas. Esto es ya un sistema organizado que tiene por objeto la educación y formación del cirujano.

Estos programas de tres años tienen como fin el conocimiento sólido de la especialidad mediante el estudio de ciencias básicas, el ejercicio de disciplinas médicas y quirúrgicas y actividades académicas. Se insiste en ellos en el estudio integral del enfermo y en el contacto directo del profesor con el alumno como tutor académico, de la enseñanza técnica, ética y de cultura general.

La distribución de actividades se hace en general en la siguiente proporción:

| | |
|------------------------------------|-------|
| Ciencias básicas | 29 % |
| Actividades académicas | 7.5% |
| Actividades clínicas y quirúrgicas | 63.5% |
| Total | 100 % |

Estos cursos requieren exámenes y la elaboración de trabajos de investigación, lo que hace posible el control de la calidad de la enseñanza. Puede verse que la enseñanza quirúrgica está organizada en muchos sitios.

Es este el tiempo de meditar qué resultados se obtienen, cuál es la calidad de la enseñanza, qué defectos tiene, qué características y requisitos deben reunir los profesores y los alumnos, cuál es el costo y las necesidades económicas, técnicas y de equipo, ya que en nuestro medio, a causa de la limitación económica, de personal y del gran volumen de trabajo asistencial que requieren los centros hospitalarios que imparten la enseñanza, no es posible la dedicación exclusiva de cirujanos a la docencia y el alumno o residente no se beneficia como debiera del contacto personal con sus maestros.

Hay que valorar además, de acuerdo con las necesidades y la realidad del país, la orientación general de la enseñanza quirúrgica y encaminarla primordialmente al adiestramiento clínico quirúrgico que tenga como fin la buena atención del enfermo y el mejoramiento del trabajo asistencial.

En la actualidad la investigación quirúrgica requiere de una clara orientación clínica, resultado de la enseñanza y del trabajo hospitalario, sin que por ello se excluya la investigación en ciencias básicas ya que en realidad,

nuestros hospitales son principalmente centros asistenciales en los que se imparte enseñanza y en los que la investigación es el resultado de esas dos actividades.

IV. EL JUICIO QUIRÚRGICO

El "buen juicio quirúrgico" es algo difícil de definir: se basa en la adquisición de conocimientos teóricos, en la vivencia adquirida en la sala de operaciones, en la observación clínica de los pacientes a lo largo del preoperatorio y del postoperatorio; en la valoración del resultado final de una intervención y, muy principalmente, en la correlación anatomoclínica mediante el estudio de las piezas extirpadas. El "juicio quirúrgico", es asimismo, algo muy personal, y peculiar de cada individuo, ya que el adiestramiento en una disciplina es algo también muy personal. Tanto el profesor como el alumno que están en contacto diariamente con diferentes individuos deben reconocer inmediatamente que diferentes gentes aprenden diferentes cosas, por diferentes métodos, a diferente velocidad, y en diferente forma. El "juicio quirúrgico" se desprende también de la experiencia de otros cirujanos, y puede transmitirlo el profesor al alumno, o adquirirse mediante la lectura. El "buen juicio quirúrgico" debe ser flexible, estar dispuesto a cambiar ante las evidencias encontradas, ser adaptable para aplicarlo en diferentes situaciones, buscando proceder de lo general a lo individual. No siempre la conducta aceptada como buena en la mayoría de los casos, es correcta en un caso particular. La enseñanza de la ci-

rugía debe tener un carácter personal, tutorial de preceptor por parte del que enseña y es siempre una labor de dos, el que imparte conocimientos y del que los aprende. La enseñanza de la cirugía es una verdadera educación y la palabra educación que procede del verbo latino "e-ducere" significa "hacer salir". Por ello la preocupación fundamental de aquellos dedicados a la enseñanza quirúrgica no debe limitarse a un programa general de adiestramiento, sino que debe ir más allá, tener verdadero interés individual por los cirujanos jóvenes en formación para motivarlos, desarrollar en ellos sus aptitudes, corregir sus limitaciones y hacerlos conscientes de ellas, ya que otro de los elementos del "buen juicio quirúrgico" consiste en que el cirujano conozca sus alcances y sepa hasta dónde puede llegar, cuál es el momento oportuno de no hacer una operación, de cambiar la técnica o de táctica, o de llamar a alguien con más experiencia que pueda resolver el caso. Es mucho más difícil muchas veces abstenerse de intervenir a un paciente que operarlo, y se requiere serenidad, humildad e integridad para tomar tal decisión.

Otro aspecto de gran importancia en la educación quirúrgica, es que el cirujano debe prepararse para dirigir un servicio como jefe de residentes quirúrgicos, lo cual le dará capacidad para posiciones futuras en su carrera. El profesor de cirugía debe advertir el potencial de los cirujanos que educa y estimular su desarrollo. El cirujano en adiestramiento debe aprender cómo expresarse en público con efectividad y cómo escribir con claridad.

La formación integral del cirujano que tiene como objetivo su educación no se aparta de un principio básico de moral médica, citado por el doctor Chávez y que consiste en prestar al enfermo el mejor servicio que la medicina o la cirugía le ofrezcan y corresponder a su confianza, con los elementos más eficaces que existan; que el límite de la capacidad de ayuda que presta el médico sea el que hayan alcanzado los conocimientos de su tiempo y no otro situado más atrás, que le fije su ignorancia.

REFERENCIAS

1. Asher, R.: *The seven sins of medicine*. Lancet 2: 358, 1949.
2. Chávez, I.: *La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo*. Libro Conmemorativo del Primer Centenario. México. Academia Nacional de Medicina. 1964. Tomo II. p. 668.
3. Lord, J. W., Jr.: *Morale and the surgical patient*. Surg. Gyn. & Obst. 123: 1312, 1966.
4. Dragstedt, L. R.: *On medical education*. Surgery 46: 475, 1959.
5. Glenn, F.: *Background and current status of graduate surgical training*. Surg. 151: 834, 1960.
6. Evans, Ju. P.: *Harvey Cushing: surgeon and teacher*. Surgery 49: 554, 1961.
7. Scott, H. W., Jr.: *Basic surgical education*. Surgery 50: 1, 1961.
8. Berry, S. L.: *Limiting factors of graduate training in surgery*. Surg. Gyne. & Obst. 115: 643, 1962.
9. Moore, F. D.: *The surgery study section of the National Institutes of Health*. Ann. Surg. 153: 1, 1961.
10. Henry, S. M.: *The director of medical education in the non-university community teaching hospital*. New Engl. J. Med. 266: 657, 1962.
11. Esselstyn, C. B.: *The next ten years in medicine*. New Engl. J. Med. 266: 124, 1962.
12. DeBakey, M. E.: *The future of surgery*. Ann. Surg. 158: 778, 1963.
13. Moore, F. D.: *Clinical surgery and biological science*. Ann. Surg. 158: 785, 1963.

14. Cerbode, F.: *A definition of surgery*. Ann. Surg. 775: 1963.
15. Ottenheimer, E. J.: *The anatomy of surgical judgement*. Surg. Gyn. Obs. 117: 761, 1963.
16. Ravdin, I. S.: *Opinion and reason*. Surg. Gyn. & Obst. 117: 497, 1963.
17. Haller, J. D.: *Guy de Chauliac and his chirurgia magna*. Surgery. 55: 337, 1964.
18. Duckett, J. W.: *The Halsted heritage*. Surgery 55: 859, 1964.
19. Welch, C. E.: *The credo of a surgeon*. Ann. Surg. 158: 740, 1963.
20. Chávez, I.: *La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo*. Libro Conmemorativo del Primer Centenario. México. Academia Nacional de Medicina. 1964. Tomo II. p. 668.
21. Humphrey, E. W.: *Training in physiology during a surgical residency*. 55: 602, 1964.
22. Stewart, J. D.: *Dinamic aspects of medical education*. Ann. Surg. 161: 153, 1965.
23. Koch, S. L.: *Some responsibilities of the surgeon as a teacher*. Surg. Gyn. & Obst. 121: 1334, 1965.
24. Lewis, F. J.: *Reform in surgical education*. Surg. Gyn. & Obst. 123: 2, 1, 1966.
25. Dennis, C.: *Surgery: What is it?* Surgery 60: 1123, 1966.
26. Saypol, G. M.: *The surgeons responsibility in the education and training of residents*. Surg. Gyn. & Obst. 123: 836, 1966.
27. Hardy, J. D.: *The surgical teacher's responsibility in the training of the modern surgeon*. Surgery 60: 1289, 1966.
28. Dewall, R. A.: *The surgical educator's responsibility to his student in the postresidency period*. Surg. Gyn. & Obs. 122: 599, 1966.
29. Casey, J. H.: *Is current graduate training in surgery adequately tailored to the needs of the modern surgeon?* Surg. Clin. North. Am. 47: 1517, 1967.
30. Leonard, A. S.: *Reflections of the retiring chief*. Surg. Clin. North Am. 47: 1301, 1967.
31. Creech, O., Jr.: *Presidential address: The surgical residency revisited*. Ann. Surg. 166: 303, 1967.
32. Valk, L. W.: *Requirements for specialization after basic experience*. Ann. Surg. 68: 584, 1968.
33. Paterson, R. J.: *On teaching by example*. Surg. Gyn. & Obst. 127: 1317, 1968.
34. Hardy, D. J.: *The general surgeon and the curriculum*. Surgery 64: 577, 1968.
35. Wangensteen, O. H.: *The academic surgical arena, past and present; a tribute to Evarts Graham, great surgical leader and innovator*. Surgery. 64: 595, 1968.
36. Holden, D. W.: *The education of surgeons*. Ann. Surg. 168: 586, 1968.
37. Longmire, P. W., Jr.: *Panel discussion: a basic surgical training in preparation for all surgical fields*. Ann. Surg. 168: 567, 1968.
38. Schwartz, G. H.: *What the specialist needs in a basic surgical education*. Ann. Surg. 168: 582, 1968.
39. Hanlon, R. C.: *Advantages and disadvantages of a program for basic surgical education*. Ann. Surg. 168: 568, 1968.
40. Healey, E. J.: *A dilemma in medical education*. Surg. Gyn. & Obst. 128: 1067, 1969.
41. Bigelow, W. C.: *Intellectual humility in medical practice and research*. Surgery 65: 1, 1969.

EL ADIESTRAMIENTO DE LOS ESPECIALISTAS Y REGLAMENTACION DE LAS ESPECIALIDADES¹

FERNANDO ORTIZ-MONASTERIO²

LA CIENCIA médica ha sufrido una importante transformación durante los últimos veinticinco años. Se han desarrollado e integrado numerosas especialidades y subespecialidades y se han modificado los hospitales adaptándose a una tecnología cada vez más complicada.

Para llenar las necesidades que plantea el ejercicio de la cirugía moderna, considerando el crecimiento demográfico del país y estando al alcance de un porcentaje cada vez más grande de la población, ha sido necesario modificar la enseñanza de las especialidades quirúrgicas en México.

Hasta hace 15 años el cirujano se formaba en el sistema de preceptoría. El joven médico que deseaba adiestrarse ingresaba a un servicio especializado habitualmente después de haber hecho un internado o residencia rotatorios de duración variable. Su posición en este servicio hospitalario era generalmente la de un externo, cuyas obligaciones y privilegios no estaban bien definidos.

El desarrollo de su trabajo estaba condicionado a las necesidades del servicio, el número de médicos que colaboraban en el mismo y al interés del jefe que actuaba como preceptor. La participación en las labores hospitalarias y la oportunidad de llevar a cabo actividades quirúrgicas dependían también del preceptor y variaban grandemente en cada servicio y en cada institución. Las actividades académicas dentro del hospital y el tiempo que el preceptor dedicaba a la enseñanza eran también muy variables. El trabajo del médico externo carecía generalmente de remuneración y era necesario que dedicara gran parte de su tiempo y su atención a procurarse un *modus vivendi* mientras seguía su adiestramiento y se consideraba apto para ejercer como especialista o iniciaba su ejercicio como tal sin tener los conocimientos y la experiencia necesarios. No existían reglas que determinaran la duración del período de adiestramiento ni los requisitos mínimos para ser considerado especialista.

Este sistema, cuyas ventajas deben reconocerse en algunos aspectos, produjo muchos especialistas de alto nivel técnico y académico que han ocupado

¹ Presentado en la sesión homenaje al académico Gustavo Baz, el 6 de mayo de 1970.

² Académico numerario. Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

una posición destacada en la cirugía mexicana. Este sistema no era eficiente sin embargo, para adiestrar a un número grande de médicos y lograr un nivel promedio adecuado de preparación satisfactoria.

El siguiente paso en la enseñanza fue la organización de residencias quirúrgicas de especialidades, semejantes a los programas de adiestramiento de especialistas en otros países y adaptado a las necesidades de nuestro medio. El objeto de estas residencias es proporcionar al médico un adiestramiento intensivo por un período que varía de tres a cinco años según la especialidad, en el que se combinan el trabajo clínico y quirúrgico con la actividad académica y la investigación. La enseñanza a través de ese tiempo es planeada de tal manera que el residente participa activamente en todas las actividades del servicio. Al finalizar su residencia debe haber visto la totalidad o la gran mayoría de los problemas de su especialidad. Durante sus guardias habrá adquirido experiencia en los problemas de emergencia y en el manejo de los enfermos en condiciones críticas que requieren cuidados intensivos.

La otra función de los residentes para la marcha de un hospital es mejorar los servicios prestados a los enfermos. Su presencia asegura la continuidad del cuidado de los pacientes y la atención de una gran parte de las emergencias fuera de las horas de trabajo del resto del personal médico. Igual que en el caso de los médicos externos, las residencias corren el peligro de convertirse en un mecanismo para obtener mano de obra barata que lleva gran

parte del peso del trabajo hospitalario sin recibir una enseñanza de alto nivel que lo compense. Esto fue planteado insistentemente durante el pasado conflicto médico.

CERTIFICACIÓN UNIVERSITARIA

El control del nivel académico de estos programas de adiestramiento se ha logrado mediante la afiliación a la Universidad.

La División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina reconoce y promueve estos programas otorgando una constancia al final del curso. Esta ha constituido, hasta ahora, la única certificación de que el especialista ha recibido el adiestramiento adecuado.

Los cursos de adiestramiento reconocidos por la División de Estudios Superiores deben llenar una serie de requisitos y distribuir el horario de trabajo anual dentro de normas preestablecidas entre el estudio de materias básicas y las actividades clínicas y académicas.

La Universidad exige para estos cursos de adiestramiento un cierto horario de trabajo diario durante el año escolar, pero ve con simpatía los programas que requieran el tiempo completo y exclusivo de los alumnos en forma de residencia hospitalaria.

Durante muchos años la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina ha dado un margen amplio a los profesores para aumentar los requisitos a los alumnos e intensificar los programas de trabajo, principalmente en los aspectos prácticos de la especialidad.

De esta manera se han originado re-

sidencias quirúrgicas especializadas que se llevan a cabo simultáneamente con un curso de adiestramiento. La institución hospitalaria acredita los años de trabajo como residente y la División de Estudios Superiores la terminación del curso de adiestramiento. Es una solución satisfactoria, pero no totalmente realista.

Es de suponerse que en el futuro gran número de estos cursos de adiestramiento serán convertidos en residencias aprobadas como tales por la Universidad. Esto no implica que deberá descender el nivel académico exigido hasta ahora, que tanto ha contribuido a elevar el estándar de formación de especialistas. Posiblemente debiera sólo variar el enfoque. El énfasis puesto en materias básicas acarrea cierto peligro de caer en el aprendizaje pasivo y de que se aleje la participación directa del alumno en la actividad clínica y en la práctica de la especialidad.

Dentro de la estructura universitaria, los cursos de adiestramiento pueden ser el primer escalón de una carrera académica. Los individuos más destacados entre los que terminan estos cursos, si llenan los requisitos, pueden seguir adelante para la obtención de una maestría.

En el momento actual, en los hospitales capacitados para enseñanza de graduados en el país no existen suficientes plazas de residentes para todos los médicos jóvenes que desean ampliar sus conocimientos o dedicarse a una especialidad. Los cursos de adiestramiento universitario deberán seguir llenando esta necesidad y manteniendo el control de la calidad de los mismos.

LOS CONSEJOS O REGISTROS DE ESPECIALISTAS

Este tipo de programas ha producido una nueva generación de cirujanos con un nivel promedio de preparación razonablemente alto que forman parte, en su mayoría, de las sociedades científicas de especialidad. Por su índole misma, estas sociedades tienen objetivos limitados y no constituyen verdaderas asociaciones gremiales. De allí que se hayan originado en los últimos años en diferentes especialidades los consejos o registros cuya existencia tiene en otros países antecedentes históricos de varios siglos en las asociaciones gremiales europeas y, más tarde, en agrupaciones médicas tales como el Real Colegio de Cirujanos en Inglaterra y los consejos de especialidades de Norteamérica.

Estos consejos han sido concebidos con dos objetivos fundamentales: 1o. Controlar el nivel de preparación de los especialistas, y 2o. promover ante las autoridades y las instituciones hospitalarias oficiales y privadas una reglamentación que autorice el ejercicio de las especialidades solamente a aquellos médicos que hayan tenido un adiestramiento satisfactorio y llenen los requisitos establecidos por el consejo.

Para el control de preparación de los especialistas los consejos han adoptado requisitos similares a los exigidos en las residencias —cursos de adiestramiento afiliados a la Universidad. Esto es lógico, si se tiene en cuenta que los consejos son la consecuencia de la presión ejercida por un número cada vez mayor de especialistas formados bajo estos cánones.

La certificación del especialista es extendida por el consejo después de un estudio cuidadoso de los antecedentes de cada solicitante y previa aprobación de un examen de eficiencia sobre los aspectos de ciencias básicas y clínicos de cada especialidad.

Se considera que los consejos deben vigilar y exigir que los servicios donde se imparte enseñanza de postgraduados llenen las características necesarias para esa labor. Entre éstos se consideran los de planta física, equipo, facilidades quirúrgicas, laboratorios, biblioteca y otros. Mucho más importante es la valoración del número y variedad de pacientes que acuden a la consulta externa de un servicio y que debe ser suficiente para que los residentes puedan estudiar y tratar la totalidad o la gran mayoría de los problemas de la especialidad durante el tiempo que dure su residencia.

El número de camas de que dispone el servicio y el movimiento quirúrgico de los mismos constituye un índice crítico, no sólo para normar su capacidad de enseñanza sino para determinar el número de residentes que pueden ser adiestrados simultáneamente.

Este índice varía con cada especialidad e inclusive con cada hospital. Pueden bastar desde cinco camas por residente en un servicio de movimiento quirúrgico rápido y cuyos pacientes requieren hospitalizaciones cortas, hasta veinte o más en aquellos que tienen menos facilidades operatorias o promedio de hospitalización prolongado. No es fácil establecer reglas generales. Los requerimientos varían con cada especialidad, pero su objetivo es asegurar

que el alumno participe en un número suficiente de operaciones como ayudante y como cirujano para adquirir la experiencia necesaria.

Paralelamente al índice camas-operaciones, debe analizarse el número de personas que imparte la enseñanza, su experiencia, tiempo de permanencia diaria en el hospital y porcentaje del mismo que dedican a la instrucción de residentes.

Dentro del capítulo de personal docente debe añadirse que, para hacer enseñanza, es indispensable que un servicio cuente con la colaboración cercana del patólogo y del internista, además de los profesores de ciencias básicas que habitualmente trabajan dentro de la institución.

Las actividades académicas y clínicas deben planearse dentro de ciertos lineamientos generales que aseguren un desarrollo constante a través de todo el programa.

Finalmente, los consejos deben vigilar que en los servicios aprobados para adiestramiento de graduados se haga investigación científica. Este tipo de trabajo permite a los residentes elaborar sus tesis para el fin del curso y familiarizarse con la metodología científica, que es fundamental para adquirir criterio, no sólo para hacer investigación, sino para valorar el material que aparece en las publicaciones médicas que revisan.

El segundo objetivo de los consejos, o sea la reglamentación del ejercicio de las especialidades, inicia en el momento actual sus primeros pasos. En alguna especialidad se ha llegado a un acuerdo con las instituciones hos-

pitalarias gubernamentales para que empleen como especialistas solamente a aquellos que estén debidamente certificados. Este deberá hacerse extensivo en el futuro a las instituciones médicas de todo tipo en el país y para todas las especialidades. La importancia del problema expuesto sugiere algunas medidas generales.

1. Obtener suficientes plazas de médicos residentes y de hospitales con sistemas organizados de enseñanza.
2. Promover la formación de consejos en todas las especialidades.
3. Participación de la Academia

Nacional de Medicina, en su carácter de Organismo Consultivo del Gobierno, en esta tarea y, muy particularmente, en la elaboración de un proyecto de legislación que estimule la formación de especialistas cada vez más preparados, para asegurar, por ese mecanismo, la protección del público.

Es de suponerse que este proceso tomará algún tiempo y requerirá el esfuerzo conjunto y continuado de todos los consejos de especialidades, de la Universidad y de la Academia Nacional de Medicina.

V

EL FUTURO¹

MANUEL QUIJANO-NAREZO²

ES SUMAMENTE difícil predecir el futuro de la Cirugía. Nunca ha podido hacerse con éxito en el pasado y seguramente tampoco puede hacerse ahora. Una cosa es cierta, sin embargo: para atreverse a ello, es mejor servirse, no de lo que se entrevé brumoso en la distancia, sino de lo que está nítido y a la mano. Y algo más, es obvio que la cirugía tiene en el momento un vigor

tan entusiasta y estimulante como tal vez nunca lo tuvo antes.

Cuando se establecieron definitivamente los principios de la asepsia y la anestesia, las necesidades inmediatas eran conocer bien los padecimientos en que podía actuarse con métodos manuales o instrumentales, y desarrollar una buena técnica quirúrgica. Cosas ambas que se cumplieron maravillosamente. En lo que va del presente siglo, "la cirugía del mañana" han sido progresivamente la neurocirugía, la del pulmón, la del esófago, la del aparato cardiovascular y la de los trasplantes

¹ Presentado en la sesión homenaje al académico Gustavo Baz, el 6 de mayo de 1970.

² Académico numerario, Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

de órganos. La técnica ha madurado y los escollos se han dominado casi por completo. Los grandes progresos de las ciencias biológicas no han estrechado, sino al contrario, el campo de la cirugía. Los procedimientos de drenaje o de mutilación tienden a dejar el paso a la cirugía reconstructiva. Un ejemplo entre muchos: no se operan ya las mastoiditis pero se hacen intervenciones para curar la sordera. El futuro de la cirugía en cuanto ciencia, en cualquier país, radica en la investigación de los mecanismos básicos de la enfermedad y en la repercusión orgánica de sus propios procedimientos. Corresponde pues al cirujano, en el porvenir, hacer su propia investigación.

Ha pasado ya el tiempo en que las ideas en medicina llevaban el calificativo de un autor y los avances derivaban de una sola persona a quien por eso se le consideraba "representativo de una época". En la actualidad son las instituciones y los grupos de investigadores los que logran los adelantos trascendentes. Los miembros de esos grupos viajan con frecuencia, cambian temporalmente de centro de trabajo y hasta de país; firman y aprovechan a otras personas para que estudien el mismo o diversos puntos de un problema, en uno mismo o en varios sitios. Y existen inclusive organismos internacionales que proporcionan ayuda técnica y financiera para la realización de una investigación.

Pero también en cualquier país, y en México en particular, el futuro de la cirugía está condicionado a problemas prácticos, no relacionados forzosamente a factores quirúrgicos ni siquiera cientí-

ficos, tales como el proporcionar sus beneficios, cada día más caros, a toda la población. Y con esto volvemos nuevamente al problema de la enseñanza. En otras palabras, en nuestro país, el futuro de la cirugía está más ligado que en otras partes al incremento y la superación de la enseñanza de la misma.

Tenemos investigadores de primera clase, profesores de indudable mérito, instituciones que no desmerecen al ser comparadas con cualesquiera otras, pero el número de centros de adiestramiento de graduados debidamente organizados es por desgracia muy escaso. De aquí derivan dos consecuencias muy graves: la dificultad que encuentran los jóvenes para formarse en una disciplina determinada, y la forma anárquica en que algunas personas se autonombren especialistas sin tener la preparación necesaria.

De aquí la necesidad imperiosa de incrementar, en los buenos servicios de cirugía, los cursos de adiestramiento bien meditados y programados en la forma que aquí se ha delineado. Así como procurar obtener algún reconocimiento oficial para los que sigan esos cursos, con lo que se defienden primeramente los derechos de los enfermos al prevenirlos de malas indicaciones de tratamientos quirúrgicos, operaciones indebidas, gastos superfluos y gran número de accidentes y complicaciones; y se favorece también el desarrollo de los buenos especialistas, el adelanto de los conocimientos y el mejoramiento de la práctica general de la medicina.

Para ésto el mejor camino, de inmediato, es el deliberadamente arbitrario de que un grupo de personas califica-

das e insospechables por su ética y su generosidad, convertidas en consejo, comité nacional superior o como quiera llamárseles, se arroguen el derecho de otorgar las licencias de especialistas; de establecer los requisitos necesarios para ostentar el título de cirujano; de reconocer y aceptar los programas de enseñanza de graduados; de calificar a los hospitales y de puntualizar las características que deberán exigirse a un hospital o a un servicio para que pueda ofrecer residencias reconocidas. Seguramente no pasará mucho tiempo para que los aspirantes a cirujanos, los hospitales deseosos de realizar docencia para mejorar la calidad de su labor asistencial y hasta las escuelas de medicina, se convenzan de las ventajas de esta jerarquización y acepten de buen grado las exigencias que se proponen.

Después de esta acción que se acepta

arbitraria, el reconocimiento oficial vendrá por añadidura y en corto plazo. Unos ejemplos pueden reforzar esta idea, deseo o predicción: en el ejército norteamericano se otorga un grado superior al médico que entra a su servicio si ha pasado el examen realizado por un comité semejante al que se propone y ha merecido el diploma de especialista; y la misma preferencia tienen esas personas para entrar a los hospitales de veteranos. En Francia ocurre algo semejante con el que ha sido interno y más todavía con los que han obtenido el grado de cirujano o médico de los hospitales.

Si esa política ha dado resultados satisfactorios en otras partes, no es aventurado adelantar que tendrá que aplicarse en México en un futuro no lejano y que eso constituirá un fructífero paso hacia adelante.
