

## Preparación del cirujano general

### I. INTRODUCCION

RAFAEL ALVAREZ-CORDERO\*

Dos razones nos han impulsado a presentar a la Academia Nacional de Medicina este simposio: la primera es que el concepto de cirujano general ha cambiado, y la segunda que las condiciones en las que el cirujano general desarrolla su labor también han cambiado.

El concepto de cirujano general ha cambiado porque con el surgimiento, durante los primeros años de este siglo, de las denominadas especialidades quirúrgicas, su campo de acción que desde el principio de la cirugía era casi ilimitado pareció reducirse, en tanto que en los últimos años, en los que los sistemas de administración de la atención médica hacen énfasis en la resolución de la mayor parte de los problemas quirúrgicos en hospitales generales, denominados hospitales de segundo nivel, el ámbito del cirujano general crece de nuevo y sus límites de acción, en tanto sea posible, requieren una revisión. Las condiciones en las que el cirujano general desarrolla su labor han cambiado; esto se evidenció desde hace más de diez años, cuando los cirujanos generales preparados en nuestros hospitales tuvieron que enfrentarse

en hospitales de ciudades pequeñas o en hospitales de campo a pacientes quirúrgicos que solicitaban su atención para solucionar problemas para los cuales no estaban preparados y el especialista que pudiera resolver el problema se encontraba a muchos kilómetros de distancia.

¿Qué se enseña actualmente en la residencia de cirugía general, y cómo se correlaciona esta enseñanza con la demanda de atención quirúrgica que tendrá el cirujano?

Para encontrar respuesta a lo anterior, se ha organizado el presente simposio.

### II. EL PROBLEMA

JOSE RIBE-BELLO\*

El planteamiento en este tema es determinar si la preparación del cirujano general, constituye un problema educativo y asimismo demostrar con evi-

Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 16 de mayo de 1984.

\* Académico numerario.

\* Coordinador Delegacional, Enseñanza e Investigación, Delegación No. 6 del Valle de México.

dencias, las circunstancias que generan dificultades y obstáculos, en la capacitación y adiestramiento del médico que selecciona esta especialidad.

Se pueden invocar como factores condicionantes que desencadenan este problema educativo los siguientes:

1. El desarrollo progresivo e inevitable de las especialidades quirúrgicas, acorde al avance vertiginoso del conocimiento médico y tecnológico.
2. Los recursos hospitalarios existentes.
3. Los programas de enseñanza en la especialidad de cirugía general en las instituciones del sector salud.
4. La capacidad docente de los profesores de los cursos.

Si analizamos estos factores es posible enmarcar la problemática, definir las necesidades educativas y estar en posición adecuada para formular las soluciones conducentes.

El primer factor sujeto a estudio es la formación y desarrollo de las subespecialidades quirúrgicas, angiología, traumatología, oncología, otorrinolaringología, etc., lo cual hace difícil la delimitación de las funciones y actividades del cirujano general. Por ejemplo: la histerectomía debe ser una intervención solamente planeada por el ginecoobstetra; la nefrectomía está en el campo de la urología, la cirugía vascular corresponde exclusivamente al cirujano angiólogo. Asimismo en muchos hospitales de México se tiene como especialidad a la gastroenterología quirúrgica y como servicio perfectamente bien establecido, sin embargo, las intervenciones son practicadas por cirujanos generales pero que sólo abordan los padecimientos del aparato digestivo.

De estos hechos se puede cuestionar: ¿Cuál es el área de acción del cirujano general?, y por lo tanto, ¿qué es lo que debe aprender?, y nosotros profesores, ¿qué es lo que debemos enseñar al que se inicia en esta rama de la medicina?

El segundo factor descrito es el referente a los recursos hospitalarios, humanos, físicos y tecnológicos, de aquellas sedes, donde formalmente se imparten cursos para la preparación de cirujanos generales. En nuestro país los recursos que procuran la actividad quirúrgica, son muy variables y nuestras progresistas áreas metropolitanas, Valle de México, Guadalajara y Monterrey, favorecen la proliferación de las especialidades quirúrgicas que por ende limitan la acción del cirujano general. En cambio las ciudades pequeñas, con recursos limita-

dos, no facilitan el desarrollo de las ramas quirúrgicas, y de este modo condicionan grandes oportunidades para la superación del cirujano general.

De lo expresado se pueden desprender las siguientes interrogantes: ¿Estamos preparando cirujanos capaces para estas últimas zonas geográficas de la República? ¿No es verdad que los cirujanos se están formando principalmente en las áreas metropolitanas ya referidas y consecuentemente sin una capacitación integral? ¿El concepto de limitación en el campo de acción de la cirugía general influye en el aprendizaje de esta disciplina?

Estas son preguntas que debemos responder con realidad y sinceridad, sin ocultar que estamos inmersos en un medio que alienta la superespecialización.

Es también un hecho incontrovertible que de acuerdo a los programas del curso de especialización en cirugía general, los médicos residentes rotan por servicios altamente especializados donde son entrenados por cirujanos especialistas, compartiendo actividades con los residentes con la resultante de que en muchas ocasiones, llevan a cabo tareas de simple observador, siendo además sus profesores quienes en forma inconsciente, manifiestan un rechazo para que el médico de preparación en cirugía general realice las intervenciones quirúrgicas, que ellos con gran excelencia ejecutan.

El tercer factor se relaciona con los programas del curso de especialización en cirugía general, los cuales son muy diversos y de acuerdo a la institución de salud que los elabora, cambian sus propósitos, objetivos, contenidos temáticos, rotaciones, etc.; por este motivo se hizo una revisión de programas en tres instituciones de salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Se analizaron dos programas académicos perfectamente estructurados correspondientes al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Hospital General Dr. Manuel Gea González, así como tres programas operativos del Hospital General y Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Hospital 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Comparando los programas académicos mencionados, se obtienen las conclusiones que a continuación se enuncian: Con referencia al propósito del programa, el Hospital General Dr. Manuel Gea

González establece una capacitación de médicos residentes tendiente a resolver la patología quirúrgica más frecuente en nuestro país. El programa del Instituto Mexicano del Seguro Social describe la capacitación de los médicos, de acuerdo a necesidades de la institución, otorgándoles un adiestramiento que los hará suficientes para resolver el 90 por ciento de los problemas quirúrgicos en unidades de atención médica del 2o. nivel, Hospitales Generales de Zona.

En resumen el Hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia trata de formar cirujanos generales para cualquier sitio de la República, en cambio el Instituto Mexicano del Seguro Social capacita especialistas que actuarán preferentemente en unidades de 2o. nivel de atención, sin embargo, hay que tener en cuenta que la demanda de problemas quirúrgicos de la institución es muy similar a la que se observa en otros hospitales del sector salud.

Estos propósitos educativos tienen como base un perfil profesional del cirujano general, que se describe con amplitud, siendo además detallado y desglosado en todos sus aspectos.

Los contenidos temáticos de los programas académicos y operativos analizados, son muy similares y en general incluyen los temas de la patología quirúrgica más común en nuestro medio, aunque se observa que los hospitales de la Secretaría de Salubridad, excepto el Hospital General, le dan una mayor amplitud a la cirugía reconstructiva y a la traumatología.

Las rotaciones por servicios descritas en los programas son muy parecidas lo mismo que las duraciones de las mismas. En este punto concuerdan todos los hospitales y las diferencias no son sustanciales.

Las actividades teóricas están relacionadas con los objetivos y contenidos programáticos, pero llama la atención que en el Hospital Juárez estas actividades no están agrupadas en unidades didácticas, como ocurre en el resto de los programas.

Las destrezas por realizar están descritas en los programas académicos, con fundamento en los objetivos psicomotores formulados, en cambio en los programas operativos, sólo se enlistan y algunas de ellas que por su complejidad resulta difícil que sean ejecutadas por un residente de 3er. año.

Las ciencias básicas están incluidas en las unidades didácticas o temas quirúrgicos y exclusivamente el programa del Hospital Dr. Manuel Gea González las refiere en contenidos teóricos separados.

El sistema de evaluación se describe en forma prolija en el programa del IMSS y sintéticamente en el Hospital Gea González. Los programas operativos no relatan un sistema de evaluación y uno de ellos establece medios de calificación de las actividades teóricas.

De lo expuesto con anterioridad se puede deducir que los programas educativos aunque similares, no tienen la uniformidad conveniente, para preparar un cirujano general que cubra las demandas de la patología quirúrgica más común en nuestro medio.

El cuarto factor que participa en el problema educativo es la preparación docente de los profesores de los cursos, la cual no debe confundirse con la capacidad profesional y las habilidades quirúrgicas y experiencia que posean, pues desafortunadamente la falta de capacitación didáctica también repercute en la formación del cirujano, sobre todo en las acciones a nivel individual y de tipo tutelar. Algunos médicos residentes presentan características peculiares que obstaculizan su aprendizaje y que los profesores deben descubrirlas, después de analizarlas, para finalmente establecer soluciones correctivas de acuerdo a los principios didácticos actuales.

Esta situación no ocurre rutinariamente y su causa más frecuente es el insuficiente análisis de aquellas variables de la educación que determinan dificultad en el logro de los objetivos de aprendizaje.

De todo lo anteriormente descrito se puede concluir que para resolver el problema de la preparación del cirujano general se requiere:

1. Definir el perfil profesional del cirujano general, es decir, las acciones tecnicomédicas que será capaz de realizar al finalizar su entrenamiento.
2. Determinar aquellas actividades que deben ser compartidas con otras especialidades quirúrgicas.
3. Favorecer la instalación de los recursos hospitalarios, para el óptimo desarrollo de la cirugía general.
4. Uniformar los programas de enseñanza, bajo la coordinación del sector salud, con las instituciones educativas.
5. Facilitar e incrementar la preparación docente de los profesores.

Finalmente es necesario recordar que para solucionar el problema, es indispensable la colaboración, coordinación e interacción de aquellas per-

sonas involucradas en él y que en este caso corresponde al personal médico de todas las instituciones del sector salud y a las educativas.

### III. CONSECUENCIAS DE LA PREPARACION ACTUAL DEL CIRUJANO GENERAL

MARIA ELENA ANZURES\*

La diversificación técnica acelerada, la aparición de las especialidades tanto médicas como quirúrgicas en el segundo cuarto del siglo veinte, hicieron que se acuñara poco a poco el término de cirujano general, para distinguirlo de otros cirujanos que llevaban a cabo técnicas muy especializadas, muy sofisticadas, o muy raras y que eran los cirujanos especialistas.

Algunos campos de la cirugía no han estado muy bien delimitados y con frecuencia dieron origen a sobreposición de actividades que no siempre se vieron con buena voluntad en ambas partes y han dado origen a rivalidades entre los denominados cirujanos generales y los especialistas.

Aproximadamente desde la década de los años cincuenta, se hicieron esfuerzos para preparar en forma adecuada a los médicos que iban a realizar como una parte muy importante de su ejercicio profesional la cirugía, y se diseñaron diversos programas de trabajo, por lo que más o menos desde entonces se preparan en México los cirujanos generales que van a resolver en forma satisfactoria más del 80 por ciento de la demanda de esta clase de servicios en todo el territorio nacional.

El resultado es que actualmente en todas las capitales de los estados, y en la mayoría de las poblaciones que cuenten con 10, o 20 mil habitantes, hay cirujanos generales bien preparados, que resuelven la inmensa mayoría de los problemas quirúrgicos de la región.

Estos resultados son evidentes si comparamos lo que sucedía hace sólo unos 25 años, en que había únicamente tres o cuatro ciudades aparte de la capital de la República en donde se pudieran resolver quirúrgicamente problemas más o menos co-

munes, y en donde la aparición de la necesidad de una cirugía ocasionaba el consejo unánime de acudir a la capital.

En la actualidad esta situación se ha modificado totalmente, y los enfermos no deben desplazarse de sus lugares de origen, sino en casos especiales, porque casi todos sus problemas se resuelven en centros hospitalarios próximos.

Esta es la parte positiva del problema, pero como seres humanos siempre deseosos de perfeccionamiento, debemos revisar brevemente otros aspectos y analizar qué es lo que actualmente se está exigiendo al cirujano general que se prepara en las distintas instituciones de salud de la República.

Como ya se mencionó los programas de las distintas instituciones difieren entre sí, porque cada una trata de preparar al cirujano general que necesita para fines específicos dentro de su esquema general de distribución del trabajo.

En ocasiones el cirujano general debe ser: administrador, porque va a ser el director de un hospital director y responsable del acto quirúrgico y por lo tanto, supervisor de las actividades de todos los otros miembros del grupo quirúrgico: ayudantes, enfermeras, estudiantes, anestesiólogos y maestro de los cirujanos que están en entrenamiento.

No todas las destrezas y conocimientos teóricos que requieren el desempeño de estas múltiples tareas, están incluidas en los programas que están actualmente en vigor.

Si se trata de un hospital relativamente pequeño y con poco personal, las autoridades estarán muy complacidas si la preparación del cirujano es muy amplia y es capaz de resolver la mayor parte de los problemas que se presentan.

Si por el contrario hay mucho personal, es más grande el hospital y existen cirujanos especializados, que se quejarán de que el cirujano general invada territorios que no les corresponden.

Si hay buenas relaciones interpersonales entre todo el grupo médico, tal vez los cirujanos especializados estarán muy contentos de que él o los cirujanos generales resuelvan un gran porcentaje de los problemas que se presentan y se disminuya su carga de trabajo.

Si revisamos aunque sea muy brevemente las necesidades de las actividades propiamente quirúrgicas, podríamos clasificarlas en:

- a. Cirugía de urgencia
- b. Traumatología
- c. Cirugía programada

\* Académica numeraria.

Los dos primeros rubros: la cirugía traumato-lógica y la de urgencia tendrá diferencias de demanda según el lugar, de tal manera que en las zonas industrializadas aumentarán los accidentes de trabajo y entre estos algunos muy específicos según la actividad industrial que se desarrolle como quemados, lesiones traumáticas de miembros superiores, lesiones oculares, etc. Los accidentes viales serán muy frecuentes en zonas más densamente pobladas y las lesiones provocadas en riñas también variarán según la región del país, en algunas serán más frecuentes las producidas por armas de fuego y en otras por armas blancas y aun en la misma ciudad según la localización predominarán unas u otras.

En cuanto a la cirugía programada, es conveniente hacer una revisión de las necesidades actuales para que en la preparación de los cirujanos que están actualmente en entrenamiento se haga el mayor énfasis en las cirugías más frecuentes, sin olvidar que hay también cirugías que aunque menos frecuentes, se deben resolver con eficacia desde la primera ocasión, porque de no hacerlo ocasionarán iatrogenias severas que redundarán en una alta mortalidad o una gran morbilidad con muchos días o meses de asistencia hospitalaria.

Para tener una imagen objetiva de las necesidades habituales en un hospital general de segundo y tercer nivel, revisé las estadísticas de las operaciones realizadas en 1982 en el Hospital General de México para elegir las 10 más frecuentes, y el resultado es el siguiente:

1. Legrados con fines terapéuticos o diagnósticos	1,641
2. Salpingoeliasias	1,634
3. Cesáreas	1,618
4. Plastías de pared abdominal	1,233
5. Colectomías	729
6. Histerectomía	708
7. Amigdalectomía	668
8. Tiroidectomía	312
9. Plastías de periné	269
10. Mastectomía	263

Como se puede observar la mayor demanda de cirugía es la gineco-obstétrica, y debido a esa enorme demanda, creo que aunque en los hospitales existan especialistas gineco-obstetras, muchas veces por la gran demanda de servicios el cirujano general deberá practicar mucha de esta cirugía.

Al comparar estas demandas con las del año anterior, se observó un aumento del 12 por ciento lo que respecta a las salpingoeliasias.

Esta circunstancia nos hace reflexionar sobre la necesidad de revisar periódicamente las estadísticas para hacer los ajustes necesarios, ya que hace 10 años, por ejemplo la demanda de salpingoeliasias era notoriamente menor e igual circunstancia se presenta en otros casos.

Para poder tener un juicio más certero y además para mejorar la preparación de nuestros cirujanos generales debemos hacer una ruta crítica en donde se haga en primer lugar la valoración del estado de salud de la población, para saber cuales van a ser las demandas de los servicios, a continuación valorar la utilización de esos servicios, ya que en ciertos lugares del país en los que persiste la interpretación mágica de las enfermedades aunque existan los servicios éstos no se utilizarán frecuentemente debido a que no entran en el contexto de sus experiencias previas y esto nos lleva a otro punto que es la aceptabilidad.

El cambio fundamental que puede presentarse si no se toman en cuenta los factores citados es muy importante, como lo demuestra el viraje de 180 grados con respecto al problema poblacional que se dio hace aproximadamente 12 años, cuando de la noción de que había que fomentar la natalidad porque la riqueza de un país la conforman sus ciudadanos y por lo tanto había que crear más riqueza produciendo más ciudadanos, se cambió en el término de unos cuantos meses, a que había que disminuir las cifras de natalidad y por ende el crecimiento poblacional, lo más rápidamente posible, porque los recursos naturales y económicos del país no crecían en la misma proporción que el número de sus habitantes.

Una vez decidida la política, habrá que hacer la selección de acuerdo con prioridades y de allí se derivarán varias alternativas y cursos de acción, no una sola, para poder en un momento dado contar con varias opciones y elegir la mejor en ese momento y para un problema dado.

Ya definido así, se deberá recapitular sobre los recursos disponibles, tanto desde el punto de vista humano, como desde el punto de vista financiero y de recursos materiales, porque si no se toman en cuenta todas estas variables y todos estos puntos de vista, caemos en modelos muy teóricos que sólo funcionan en el escritorio, pero que no pueden llevarse a la práctica, por no tener en cuenta la disponibilidad de los recursos mencionados.

Todo esto debe repetirse periódicamente para ajustar las necesidades reales a las necesidades previstas.

En la actualidad el programa que funciona en el Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es el que se aprobó por el Consejo Universitario en 1976, pero que se terminó de elaborar en 1974 y que substituye a uno anterior aprobado en 1970, como vemos este último programa tienen en realidad 10 años de atraso, una proposición muy concreta sería que estas revisiones de los programas se efectúen cada 5 años, para poder incorporar las técnicas necesarias e ir descartando las obsoletas.

Mientras no exista realmente un sistema nacional de salud, cada institución seguirá fabricando los cirujanos o los especialistas que necesite según sus propios programas y según sus propias necesidades aunque siempre habrá un fondo común de objetivos que se cumplirán en todas las instituciones y que eventualmente permitirán que una vez preparados, los cirujanos generales se contraten por las mismas instituciones que los formaron o por otras instituciones.

La descentralización administrativa que actualmente se está llevando a cabo y que da a cada estado político de la República autonomía con respecto a estas políticas de salud puede llevar a una pulverización de los problemas, con la búsqueda de soluciones muy dispares en cada área.

A manera de resumen de todo lo anterior, creo que las consecuencias de la preparación actual del cirujano general son muy positivas porque se ha dotado a la República de un equipo de personas bien preparadas que pueden resolver un gran porcentaje de los problemas quirúrgicos del país. El establecimiento de las residencias para la preparación de los cirujanos así como de todas las otras especialidades terminó con los especialistas autodidactas o formados un poco a la manera medieval, de los gremios, bajo la vigilancia de un maestro no siempre altruista, que posponía indefinidamente el visto bueno para dar por terminada la preparación del ayudante que quedaba supeditado prácticamente de por vida a los caprichos o a la benevolencia de su preceptor.

Que es necesario de una manera objetiva revisar regularmente las necesidades de salud de la población, para con determinada periodicidad reconsiderar programas de preparación técnica de sus médicos cirujanos. Y una vez realizados todos los requisitos anteriores poder revalorar todo esto de

acuerdo con los recursos disponibles tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista financiero y de recursos materiales.

#### IV. EL CIRUJANO GENERAL IDEAL

RAFAEL ALVAREZ-CORDERO

El cirujano ideal no existe; es claro que la intención real de esta última parte del simposio es señalar después de haber escuchado las participaciones del doctor Ribé y de la doctora Anzures, las características que deberá tener el cirujano general al término de su preparación de postgrado.

¿Qué se espera del cirujano general?

Del cirujano general se esperan muchas cosas; si se considera el ámbito de su labor, el cirujano general deberá resolver los casos que se presenten en los hospitales denominados de segundo nivel o de segundo contacto, que no son otros que los hospitales generales. De acuerdo con la distribución de cargas de trabajo se dice que en las clínicas y en los hospitales generales se resuelven el 95 por ciento de los problemas de enfermedad de una población, y en los hospitales generales se ubican actualmente las llamadas especialidades básicas, medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría. El cirujano general, por su ubicación habrá de satisfacer esta demanda. Pero hay más, hay hospitales generales y hospitales generales, unos, ubicados en una ciudad grande, con todos los elementos diagnósticos y terapéuticos disponibles, y con relación estrecha con especialistas quirúrgicos de diversas disciplinas, y otros, hospitales en ciudades pequeñas, o en comunidades rurales, en donde no hay la posibilidad de acudir a otro médico para resolver el problema. El cirujano general deberá estar en posibilidad de atender bien todos los casos que se le presenten, sea cual sea su ubicación.

¿Qué más se espera del cirujano general?

Ubicado en un equipo de trabajo, en el que los protagonistas son el internista, el pediatra, el ginecoobstetra, y él, debe integrar sus acciones con las de los otros especialistas, para realizar una buena medicina, que en conjunto haga del hospital en donde labora un digno centro de salud.

Si por otra parte el cirujano debe trabajar en un hospital de campo, tendrá que realizar labores de medicina interna, para las que siempre ha estado preparado, y de ginecoobstetricia y pediatría básicas.

A más de esto, el cirujano general, por su capacidad académica, será gestor de la enseñanza de la medicina. Sabedor de que su labor es inútil sin la eficaz colaboración de otros médicos y enfermeras, no escatimará esfuerzo para enseñar, día con día, las normas de la ciencia y arte de la cirugía, con paciencia, con precisión y con entusiasmo.

Como señaló la doctora María Elena Anzures, del cirujano general en muchas ocasiones, se espera, aún más, se espera que al llegar a una unidad hospitalaria pequeña, de la que a él se hace responsable, desarrolle labores administrativas inherentes a una dirección, y sea capaz de constituirse en motor de todas las actividades de la clínica hospital en la que trabaja.

Todo esto y más se espera del cirujano general.

¿Qué pasa con los cirujanos generales en la actualidad?

Hemos oído que los cirujanos generales son de dos grupos, los que viven en ciudades grandes, atienden enfermos en hospitales bien dotados, y pueden enviar pacientes con los especialistas y los que trabajan en lugares con limitaciones físicas y humanas, y que tienen que resolver todos los problemas de la mejor manera. Estos últimos, si no tienen una preparación adecuada, y debemos reconocer que no la tienen, no sólo no cumplen su labor eficazmente, sino que sufren frustración al no poder hacerlo; han aprendido en sus años de residencia la técnica de complicadas intervenciones quirúrgicas que tal vez nunca realizarán, pero pueden no tener experiencia suficiente para drenar un neumotórax, atender debidamente la lesión vascular de una extremidad, o hacer un legrado uterino postaborto.

¿Cómo se ha satisfecho la necesidad de preparación del cirujano general?

Ya el doctor Ribé y la doctora Anzures han hablado de ello. Los programas de cirugía general que pudieron ser analizados, tienen, al menos una teoría, todo lo necesario para preparar un buen cirujano general pero hay todavía diferencias entre ellos en cuanto a la forma como se abordan tanto aspectos doctrinarios como de destreza, y aún puede

observarse como la formación profesional de quienes los elaboran aún cuenta mucho para dar énfasis y destinar más horas de preparación a tal o cual área.

Lo importante es que aún hay diferencias, y no podemos aceptar que en un país que pretende tener un sistema nacional de salud se preparen cirujanos generales con diversos métodos y para fines diversos. De aquí se desprende la primera sugerencia de este simposio: Los programas de estudios de la cirugía general merecen una revisión y unificación a la mayor brevedad posible. Se sabe que en las jefaturas de enseñanza e investigación de los Institutos de Salud del país se está trabajando al respecto y los expertos en esas áreas tratan de unificar planes y programas, tal vez estas consideraciones sean de utilidad para cumplir ese propósito.

Los planes de estudio deberán partir de un análisis cuidadoso de la demanda de atención de cirugía de segundo nivel, tanto en hospitalización en cirugía general como en los servicios de urgencias, así como la facilidad o dificultad de colaboración de otros especialistas en la resolución de problemas quirúrgicos. Los planes de estudio deberán considerar la necesidad de preparación de cirujanos generales para los próximos años, no sólo en una institución aislada, sino en todo el sistema de salud.

Estos planes deberán coordinar los esfuerzos de cada institución de salud para delinear el perfil del cirujano general y en base a ello determinar sus necesidades de preparación.

Finalmente, quienes analizan los planes de estudio, habrán de revisar el ámbito y los alcances de algunas de las llamadas especialidades quirúrgicas que, habiendo surgido de épocas en que nuestro país era otro, pueden en este momento no tener justificación suficiente y sí impiden que el cirujano general tenga en su labor diaria la dimensión que de él se espera.

Y mientras esto sucede, en tanto la unificación de criterios, planes y programas se realiza, ¿qué debemos hacer?

Quienes realizamos intervenciones quirúrgicas, en una o en otra forma estamos en relación con los residentes que hoy están preparándose para ser cirujanos generales y a más de cumplir cabalmente los programas ya establecidos, debemos actuar por lo menos en tres puntos.

Primero: inculcar en el residente el respeto para cada acto quirúrgico, respeto que significa darnos cuenta que estamos penetrando en el yo de un ser

humano, y que cada movimiento, cada tiempo quirúrgico, afecta decisivamente la evolución post operatoria del enfermo. No hay actos quirúrgicos banales; en todos y cada uno, el cirujano deberá poner todo su conocimiento y toda su capacidad artesanal.

Segundo: relacionado con el anterior, se habrá de promover un profundo sentido de responsabilidad. En una época en donde es tan frecuente oír hablar de derechos, hay que recordar al cirujano sus deberes. El que por diversas circunstancias esté sindicalizado, no lo releva de la responsabilidad que como médico tiene con sus enfermos y sus familiares, con la sociedad y consigo mismo.

Tercero: en estos momentos en que la escala de valores deja de serlo y la dignidad parece perder su significado, habremos de estimular en los residentes de cirugía el cariño a su profesión, el legítimo orgullo por ejercerla y ese sentido de dignidad de quien se sabe útil a sus semejantes.

La idea de lo que es un cirujano general ha cambiado en poco tiempo; hace no más de 20 años, en el libro conmemorativo del centenario de la Academia Nacional de Medicina se habla en términos como éstos:

“—precisamente hace cien años, el cirujano era un cirujano general, es decir, operaba casi todos los órganos... a principios de este siglo se inició la etapa de especialidades, lo cual dio un vigoroso impulso y nuevas orientaciones a la cirugía en nuestro país—”; párrafos adelante se puede leer “—actualmente es necesario afiliarse a la carrera hospitalaria iniciándose con un internado rotatorio por espacio de uno o dos años de preferencia en un hospital general; si desea continuar una residencia quirúrgica, como en Ortopedia, Ginecología, Urología y Gastroenterología, debe hacer una subresidencia en Cirugía General por un año para continuar la residencia por tres o cuatro años—”.<sup>1</sup>

Esa era una verdad para ese momento, y quien así pensaba lo hacía con pleno convencimiento.

Hace dos años, en la introducción del libro

“Principios Fundamentales de la Cirugía”, el doctor Manuel Quijano dice: “La accesibilidad y la calidad de los servicios quirúrgicos tendrá que incrementarse en todos los países, en todas las ciudades y comunidades pequeñas y éste es tan sólo uno de los retos que tendrá que atenderse desde ahora. El margen entre la atención muy buena y muy mala, que actualmente es amplísimo, deberá irse estrechando y todos los cuidados médicos tendrán que poder procurarse en la institución de salud más cercana al domicilio, sin que existan, claro está, diferencias respecto a la situación socioeconómica o cultural”;<sup>2</sup> evidentemente el cirujano general ideal está más cerca de esta segunda descripción que de la primera.

No he hablado del cirujano general como investigador de la cirugía porque, debo reconocerlo, los tiempos no están para ello. Siempre he creído que el cirujano general se forma en los servicios de cirugía, pero se perfecciona en los laboratorios de cirugía experimental. Debo reconocer que si siempre fue la cirugía experimental un ideal caro de alcanzar y costoso, en la actualidad es poco menos que imposible. Cuando sufrimos la carencia de instrumental, de equipo de material de curación, mal podemos insistir en la utilización de estos, ahora preciosos recursos para la cirugía en animales. No obstante, creo firmemente que cuando las circunstancias lo permitan, el cirujano general deberá tener una preparación quirúrgica en el laboratorio de cirugía experimental, en donde podrá conocer los principios de la investigación y perfeccionar los detalles de esta espléndida artesanía que es la cirugía general cotidiana.

#### REFERENCIAS

1. VILLANUEVA, A.: *Papel de la clínica en el progreso de la cirugía*. En: Libro del Congreso del Centenario de la Academia Nacional de Medicina. 1964. Pág. 244.
2. QUIJANO, M.: *La cirugía, una ciencia del hombre*. En: Quijano, M. y Guarnier, V., eds. *Principios fundamentales de la cirugía*. México. UNAM, 1961. Pág. 38.