

INDICE

PROLOGO	155
INTRODUCCIÓN	155
1.1 Concepto de cirujano rural y de población rural	155
1.2 Datos estadísticos	157
RESEÑA HISTÓRICA	158
LA CIRUGÍA RURAL EN EL MUNDO	161
LA CIRUGÍA RURAL EN LA ARGENTINA	172
4.1 Encuesta a los cirujanos	173
4.2 Resumen de la encuesta	180
4.3 Análisis de la encuesta a los cirujanos	180
4.4 Estereotipo del cirujano general que actúa en zona rural	182
4.5 La realidad en nuestro país	184
LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL EN LA ARGENTINA	186
5.1 Resultados de la encuesta a los residentes	188
5.2 Análisis de la encuesta a los residentes	190
INCUMBENCIAS DEL CIRUJANO GENERAL EN AREAS RURALES	193
CONCLUSIONES	196
PROPUESTAS	197
ANEXO 1	197
ANEXO 2	199
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	200

PROLOGO

En marzo de 2009 recibimos una carta de la AAC, comunicándonos que la Comisión Directiva, bajo la Presidencia del Dr. Eduardo Casone, resolvió designarnos Relatores Oficiales del 81° Congreso Argentino de Cirugía, sobre “El Cirujano Rural”.

Desde un principio comprendimos el mensaje de la Asociación Argentina de Cirugía, al proponer en asamblea este tema, que nunca fue tratado. Esperamos sirva para mejorar en lo educativo y asistencial a los actuales y futuros cirujanos que han decidido ejercer este arte, en el interior de la República Argentina.

Nuestro más profundo agradecimiento entonces a la CD. La responsabilidad conferida es para nosotros un honor y a la vez un desafío; esta distinción es la cumbre a la que desea llegar todo cirujano, esperamos colmar las expectativas y compartir con todos ustedes la posibilidad del éxito.

Deseamos agradecer profundamente al Dr. Manuel Rodríguez, quien nos ha proporcionado un importante material relacionado con el tema, fruto de su experiencia personal y permanencia en la ciudad de Gral. Villegas. Asimismo a todos nuestros colaboradores de las provincias, Dres Adrián Cornejo (Salta), Carlos Cano (Jujuy), Silvia López (Catamarca), Daniela Lionetti (Tucumán), Francisco Cutroni (Mendoza), Luis Buonomo (Santa Cruz), José Rojo (Santiago del Estero), Miguel Rodríguez (San Juan) y Horacio Michelis (La Pampa).

De la misma manera exaltamos la colaboración absoluta y las sugerencias aportadas para la confección del relato, por los Dres. Santiago Perera, Octavio Gil, Mariano Giménez, Hugo García, Eduardo Arribalzaga y Claudio Iribarren.

Nuestro agradecimiento también al Dr. Martín Mihura y a todo el personal de la AAC por la colaboración brindada.

Trabajar junto al Ariel Moscardi fue un verdadero placer, hace 10 años que elegimos el mismo camino, el del afecto y el futuro nos encontrará enfrentando nuevas expectativas.

Agradezco a Vicente Gutiérrez, que desde el Hospital Español orientó mi carrera en el momento justo a través de consejos paternalistas y muy especialmente a mi Maestro, Santiago Perera que además de forjarme como cirujano, supo guiar mis pasos en la esfera académica.

Un reconocimiento y toda mi estima a los cirujanos del Hospital Churruca que contribuyeron en mi formación.

Ejemplos de amistad son los que me han dado siempre, Octavio Gil, Mariano Giménez, Hugo

García, Adrián Casavilla, Marcelo Rondina, Hugo Nacer, Alberto Villaronga y Carlos Apestegui, a todos ellos mi más profunda gratitud.

A todo el personal del Hospital Rural Casellas Sola de Cachari, gracias a ellos aprendí y descubrí un aspecto que poco tiene que ver con la cirugía y para el que no fui formado, como es la educación sanitaria.

Por último a mi familia, el amor incondicional por la paciencia y comprensión que han tenido durante la elaboración del Relato y a mis padres ya fallecidos quienes transmitieron en mí, actitud y sentido de pertenencia, a ellos “Gracias”.

La realización del relato junto a Eduardo Deluca, a quien me une una profunda amistad, ha sido una experiencia enriquecedora y esperamos que al leerlo sientan lo mismo.

Vaya mi agradecimiento a todas las personas que de alguna manera intervinieron en mi educación como persona y como médico. En primer lugar a mis padres que me enseñaron que sin esfuerzo nada se logra, al inolvidable Colegio Nacional Rafael Hernández de La Plata por el nivel de su educación, a la Facultad de Medicina de La Plata y sus profesores, a la III Cátedra de Anatomía y a la Cátedra E de Cirugía por formarme como docente, al servicio de cirugía del Hospital Rodolfo Rossi donde realicé mi residencia, al Profesor Dr Jorge Defelitto y a los Dres Titarelli, Marinucci, Otavianelli, Torchia, Caratino, Parvex y Cariello que me enseñaron sin egoísmos esta hermosa especialidad. A mi instructor de residentes Dr Daniel García Ferreira y a mis compañeros de residencia Dres Silvia Vaccaro, Horacio Michelis, Santiago Gallo, Carlos Bacigalup Vértiz, Jorge Beyreuther, Eduardo Gaviot y Sebastián Rosa. Ya en Olavarría, a mis Jefes de Servicio del Hospital Municipal Dres Jorge Reylli y Arnoldo Cortés. Finalmente a mi amigo Ezequiel Fernández por el apoyo y sus enseñanzas para el desarrollo de la cirugía bariátrica.

Debemos destacar, la importancia que tuvo el relato “El futuro del cirujano general y los servicios de cirugía” de Juan Moirano. Fue la base del presente, pronosticando en 1994 lo que pasa hoy. Un verdadero visionario.

Finalmente a mi esposa Guillermina y a mis tres hijos, Carolina, Jorgelina y Juan por su amor y paciencia, soportando mi ausencia y pasión por esta profesión.

A todos, muchas gracias.

Eduardo Deluca y Jorge Ariel Moscardi

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

La Declaración de Edimburgo⁴⁶ es muy convincente cuando destaca como objetivo la educación médica continua y la instrucción de médicos que fomenten la salud de todas las personas.

Asimismo, declaró y reveló la falta de equidad en la atención y su inquietud acerca de la deficiente prestación humanitaria y el costo que ello significa para la sociedad. En este contexto, citó medidas complementarias, algunas de ellas de neto corte gubernamental, como es armonizar las políticas de salud con las reales necesidades de las naciones.

Sobre estas bases muchos países del mundo comenzaron a pensar en fortalecer la medicina y cirugía en los sitios más necesitados, transmitiendo que el desarrollo sostenible de la salud pública debe llevarse a cabo, sólo cuando se establezcan el tipo de prioridades, para beneficio de la población.

En particular la asistencia quirúrgica deficitaria y demandante en áreas rurales, fue el motivo para que las autoridades sanitarias de distintos países, comenzaran a preparar cirujanos rurales con programas precisos.

1.1 CONCEPTO DE CIRUJANO RURAL Y DE POBLACIÓN RURAL

Para poder esbozar un concepto sobre el significado de “cirujano rural” es necesario definir primero qué es una población rural.

Según el INDEC³⁴, se trata de una población que no supera los 2.000 habitantes. Por consiguiente, el cirujano que trabaja en esa comunidad es un verdadero cirujano rural.

Se calcula que, en todo el país, hay 850 de estas comunidades; ninguna de ellas cuenta con una infraestructura en salud suficiente para que se lleve a cabo allí una intervención quirúrgica y, por ende, para que se establezca un cirujano. Cabe pensar, entonces, que el cirujano rural propiamente dicho no existe.

Hay cerca de 816 pueblos registrados de menos de 2.000 habitantes, de los cuales 90 han des-

aparecido en el período intercensal 1991-2001 y la mayoría de los restantes (602) han decrecido, manteniéndose sin cambios unos 124³⁴ (Fig. 1).

Asistimos al despoblamiento rural por múltiples factores cuyo análisis excedería este trabajo, pero sin duda, entre ellos figura la falta de empleo y de servicios, como el de la asistencia de la salud.

La Fundación Responde²³ se ha ocupado de conocer el futuro de los pequeños pueblos rurales de la Argentina a través de un programa que promueve la recuperación de aquellos que se encuentran en riesgo de desaparición, con propuestas que los orientan hacia proyectos económicos y sociales, en especial en el ámbito de la educación y la salud.

Por lo mencionado, las poblaciones que cuentan con 10.000 hasta 50.000 habitantes serán el objetivo principal de la presente investigación. Cabe recordar que la infraestructura sanitaria de estas comunidades dista mucho de la que puede verse en poblaciones similares de los países desarrollados, como los Estados Unidos o Canadá, donde la tecnología, ya sea en el área de diagnóstico o en las telecomunicaciones, ha solucionado gran parte de los problemas que se presentan a diario. En estos lugares, la población rural se define de la misma manera que en nuestro país. La oficina de censos de los Estados Unidos considera zonas rurales o zonas no metropolitanas todos los asentamientos poblacionales con menos de 50.000 habitantes. Un criterio similar adoptaremos durante el desarrollo de nuestra investigación.

Nadie puede dudar, cuando se conocen los datos demográficos, de que la distribución de la población en la Argentina es desordenada, con grandes concentraciones en pequeñas superficies y con extensas áreas de muy baja densidad poblacional, como puede observarse en la Fig. 2.

Algunos organismos internacionales, como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁴⁸, consideran que una población es rural si:

- Tiene una densidad demográfica inferior a 150 habitantes por km².



FIGURA 1

Ubicación geográfica de los pueblos con menos de 2.000 habitantes. Fuente: Fundación Responde. Pueblos según el censo del INDEC, 2001

- Se encuentra a una distancia de las zonas urbanas superior a una hora de viaje.

De acuerdo con estos criterios, América Latina llegaría a una cifra que ronda el 42% de la población total, cuando los números oficiales estiman un 24% en áreas rurales; en el caso de la Argentina, y con los cálculos de la OCDE⁴⁸, la población rural sería del 45%.

No obstante, a fin de evitar confusiones, debemos tomar como ciertas las cifras emanadas de organismos nacionales como el INDEC³⁴, que fijan la población rural en un 10,6% en promedio, con límites de 0% en la Capital Federal y 29,6% en Misiones.

Si tenemos en cuenta otras latitudes, por ejemplo el Japón, se considera población rural a la que vive en ciudades de menos de 30.000 habitantes, mientras que en un país europeo como Albania, una población de más de 400 habitantes es una población urbana.

El criterio de población rural o población urbana está determinado por la densidad poblacional

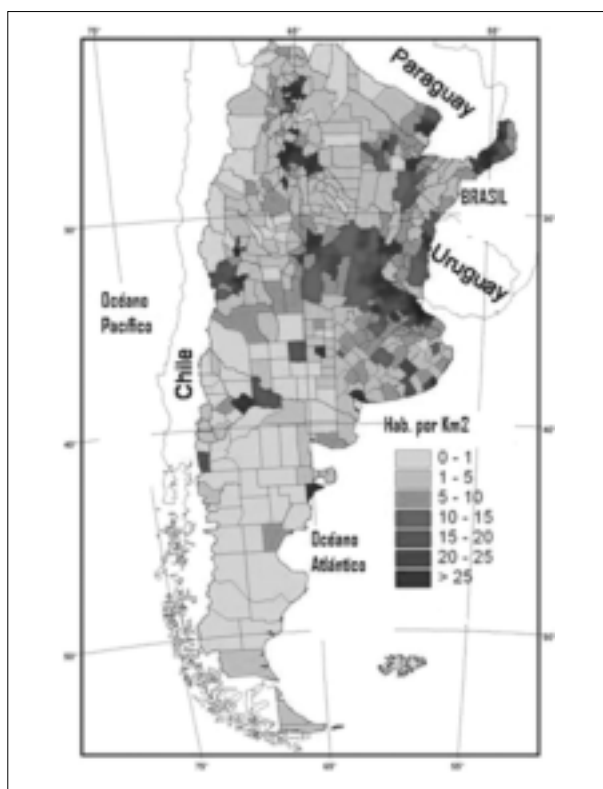


FIGURA 2

Densidad de población en la Argentina

y sirve para conocer el grado de concentración y distribución de la población en un área determinada. Básicamente se calcula dividiendo el número de habitantes por los kilómetros cuadrados que tiene un territorio.

Un país como la India, con una superficie similar a la de la Argentina, tiene una población casi 30 veces mayor (1.150 millones contra 38 millones de habitantes, según las estimaciones del año 2006); su densidad poblacional es de 320 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras que en la Argentina es de 14 habitantes¹¹.

En el caso de los Estados Unidos, es muy difícil establecer una población urbana o rural de acuerdo con la densidad poblacional. Por ejemplo, la densidad global es de 30,73 habitantes kilómetro cuadrado; en Alaska es de 0,42 personas por kilómetro cuadrado y de 3,59 en el Distrito de Columbia y no por eso se las debe considerar áreas rurales.

En este caso la designación de urbana y rural se aplica teniendo los parámetros habituales, entre los que figura el censo y los espacios donde este se realizó.

Es un registro con cierta dicotomía, basado en guarismos complicados, en los que hay que considerar los condados, las áreas metropolitanas y suburbanas, las zonas de tabulación del código postal (creado en el año 2000) y la población de unidades geográficamente interrelacionadas.

Es decir que los datos surgidos del censo se subdividen, a su vez, en diferentes categorías, de acuerdo con la producción y venta de los productos que se originan en el lugar estudiado, asignando el título de rural o urbano según los ingresos económicos²⁷.

1.2 DATOS ESTADÍSTICOS

La distribución poblacional en la Argentina es absolutamente heterogénea y se manifiesta midiendo la superficie urbana total, donde vive el 65% de la población; un área similar a la del Gran Buenos Aires ampliada, la cual arroja una densidad de 3.300 habitantes por kilómetro cuadrado¹¹.

Según los datos provenientes del INDEC³⁴, todas las grandes ciudades, excepto la Capital Federal, han crecido en el decenio 1991-2001 (Fig. 3).

El 80% de los argentinos viven en ciudades de más de 10.000 habitantes. Si se suma la superficie del área urbana de todas estas ciudades, el total equivale a menos de 1% de la superficie de toda la Argentina, siendo similar a la provincia de Tucumán (unos 22.500 km²); en otras palabras,

80% de los argentinos viven en menos del 1% del territorio; sería como amontonar 30 millones en esa provincia.

Dos de cada 10 argentinos viven en el campo o en localidades de menos de 10.000 habitantes.

En comparación con los países más desarrollados, en la Argentina existen pocas ciudades de 50.000 habitantes en promedio. Hay 35 ciudades de entre 50.000 y 100.000 habitantes que, sumadas, representan menos que la población de la Capital Federal (2,9 millones).

Las ciudades de 10.000 a 50.000 habitantes suman 227 y su población total es de 4,2 millones de personas, equivalente a la suma de Córdoba, Rosario, Mendoza y Tucumán^{34, 48}.

La migración hacia las grandes ciudades es un proceso que se ha dado y se da en todo el mundo; en nuestro país la urbanización llegó al 89,3% en 2001⁴⁸ y su crecimiento obedece a la escasez de trabajo en las diferentes provincias, lo que a su vez elevó el nivel de pobreza. Esta situación termina produciendo hacinamiento y una menor calidad de vida, en especial para los sectores de menores recursos, en lo que se refiere a la eficacia de los servicios públicos, como la salud.

Esto también se manifiesta a través de la distribución heterogénea de los profesionales, con extremos de 1 médico cada 86 habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 1 cada 863 en Tierra del Fuego⁴⁰.



FIGURA 3

Distribución de la población en la Argentina. Fuente: INDEC, censo 2001

CAPÍTULO 2 RESEÑA HISTÓRICA

DE DÓNDE VENIMOS

Todas las experiencias históricas confirman esta verdad: el hombre no habría logrado lo posible si no hubiera intentado una y otra vez alcanzar lo imposible.

MAX WEBER (1864-1920)

El motivo de este relato no es hacer un relevamiento histórico de todos aquellos que iniciaron la actividad quirúrgica en la campaña; sin embargo, es una oportunidad propicia para mencionar algunos hechos correlativos que influyeron definitivamente en el desarrollo de la medicina y la cirugía rural de nuestro país, sucesos que quizá desconocen la mayoría de los profesionales y que fueron extraídos de una obra maestra escrita por Alberto Laurence; nos referimos a *Grandes figuras de la cirugía argentina*³⁹.

Tampoco sería correcto dar nombres. Para ello deberíamos recorrer todas las provincias a fin de rescatar a los pioneros de la actividad quirúrgica en cada una de ellas y este no es el objetivo que perseguimos; podríamos cometer alguna omisión involuntaria y el avance cronológico de la narración seguramente no sería exacto; sin embargo, el recuerdo de algunos de los precursores de la cirugía a través de sus imágenes sería muy conmovedor para todos nosotros.

Si partimos de las raíces autóctonas, debemos decir que fueron seguramente las comunidades indígenas las que iniciaron, en la zona rural, las prácticas quirúrgicas con la intención de curar. Esas colectividades contaban con cirujanos preparados para la guerra que eran capaces de limpiar y cauterizar heridas, realizar sangrías, tratar fracturas y drenar abscesos; tal es el caso de los indios araucanos de la Pampa.

Por otra parte, recordemos que en el siglo xv ya existía el Protomedicato en España, que autorizaba a ejercer el arte de curar a quien lo merecía, de manera que la mayoría de los cirujanos europeos de la Colonia ya habían sido examinados por esa institución y estaban difundiendo la cirugía en los centros más poblados de nuestro territorio, asentamientos que antecedieron a la segunda fundación de Buenos Aires.

Este hecho fue trascendente y desencadenó una constante migración de los cirujanos de una población a otra a medida que aparecían las nuevas colonizaciones.

El frecuente éxodo médico imposibilitaba seguir el accionar selectivo de los profesionales que, por otra parte, no se radicaban en forma definitiva; muy por el contrario, estaban en busca de vecindarios con mayor expansión.

Para podernos ubicar en el tiempo y el espacio, fue en 1553 cuando se creó el primer hospital en la ciudad de Santiago del Estero; en ese momento se contaba con barberos-cirujanos, como el español Alonso de Villadiego, señalado por el historiador Vicente Oddo como el primer médico de nuestro territorio, que actuó en esa ciudad desde su fundación.

En realidad, las condiciones profesionales de los médicos de entonces, considerados generalistas, les permitía ejercer ambas prácticas (clínica y quirúrgica); es decir, que respondían a la mayoría de las necesidades de la población; no obstante, se reconoce a Sebastián de León como el primer cirujano con recursos técnicos necesarios, adquiridos en Europa, seguido por Andrés de Arteaga, entre otros. Este último acompañó la expedición que fundó la ciudad de Salta en 1582, convirtiéndose en el primer cirujano de esa provincia.

En la mitad del xvi, el virrey Vértiz llegó a permitir el ejercicio del curanderismo debido a la escasez de médicos; estas circunstancias generaron múltiples oportunidades para los médicos, que estaban deseosos de establecerse y ejercer en los pueblos de la Colonia por su fácil adaptación, sobre todo por el idioma.

En los siglos xvii y xviii se produjeron escasos avances en el ámbito de la medicina. Los hospitales padecían de una extrema inseguridad, las infecciones intrahospitalarias eran incontrolables, las partidas presupuestarias escasas, y en algunos casos las instituciones eran clausuradas por falta de pacientes, quienes preferían alojarse y atenderse en casas de vecinos para estar bajo su cuidado.

Era una época asolada por las epidemias, con su correlato de devastación y muerte, con pocas

variantes en el ejercicio de la profesión y en la cual la atención médica era, a todas luces, muy insuficiente.

La falta de documentación impide conocer detalles de aquellos momentos. No obstante, se registra que en 1605 el cirujano español Manuel Álvarez ofreció sus servicios al Cabildo, aceptando las exigencias y obligaciones impartidas, por un salario considerable. Sin embargo, nunca se cumplieron los pagos convenidos y fue dejado cesante ante la insistencia de sus reclamos. Su nombre figura en los archivos como el del primer cirujano diplomado que ejerció en Buenos Aires.

La atención médica domiciliaria, tanto clínica como quirúrgica, era una particularidad muy utilizada en esa época. Referencias de Ricardo Finocchietto sobre su hermano Enrique dicen que en los primeros diez años de graduado realizó casi todas las operaciones en el domicilio de sus pacientes, al igual que Pedro Chutro; esta modalidad se mantuvo hasta 1930³⁹.

Hacia 1765, Buenos Aires contaba con una población de alrededor de 18.000 personas, que eran asistidas por sólo 10 médicos y cirujanos. Esta situación tuvo importantes repercusiones en España, por lo cual se decidió aumentar el número de galenos expertos. En 1777 se estableció que todos los profesionales de la Ciudad de Buenos Aires, para poder ejercer, debían presentar los títulos de grado, las certificaciones de prácticas y la licencia del Tribunal del Protomedicato Español, instituyendo así un primer control en la asistencia médica.

En 1780, Miguel Gorman, nombrado protomédico por el virrey Vértiz, inauguró el Protomedicato del Río de la Plata e inmediatamente estableció un Tribunal, constituido por Francisco de Argerich y José Alberto Capdevila, para la adjudicación de licencias y títulos habilitantes. El portugués Antonio Montenegro y Cardozo fue el primer cirujano latino examinado en Buenos Aires, mediante prueba teórica y práctica.

En este contexto se logran las primeras medidas de ordenamiento para la medicina argentina, que abarcaron la organización de los hospitales, el control del ejercicio profesional y las bases para la enseñanza oficial de la medicina y la cirugía, hasta tanto pudiera inaugurarse una Universidad.

La llegada del nuevo siglo marcó un antes y un después en el campo de la medicina argentina. En 1821 se crea la Universidad de Buenos Aires y el

Departamento de Medicina, lo que inicia la enseñanza médica universitaria.

La Universidad Nacional de Córdoba, que fuera creada en 1622, abre las puertas de la Facultad de Medicina en 1877. Con estos hechos comenzaba la historia de la educación médica superior en la Republica Argentina.

Los sucesivos conflictos bélicos de la época permitieron desarrollar la medicina militar y naval, generando una invalorable experiencia para los cirujanos del momento.

No obstante la situación política, a partir de 1829 se produjo un importante retroceso en todos los ámbitos, del cual no podía estar ausente la medicina. Esta situación se traducía en obstáculos políticos para la graduación de los profesionales, la proscripción y el destierro de otros tantos, y los cortes de los donativos a los hospitales públicos³⁹.

Analicemos la dimensión de los hechos hasta aquí relatados. En ese entonces, las investigaciones en las grandes poblaciones revelan que la cirugía se limitaba a las extremidades, con la realización de amputaciones, el drenaje de los empiemas y el tratamiento de la litiasis vesical o mal de la piedra, a través de una talla.

Para paliar el dolor durante la operación se recurría a métodos de sedación u obnubilación; era habitual el uso del vino, opio, láudano, sangrías, etc., para disminuir el estado de conciencia de los pacientes. El óxido nitroso se obtiene en 1830 y el éter, como anestésico general, comienza a utilizarse en 1846.

Recién en 1870 se realiza la primera operación abdominal en la ciudad de Buenos Aires. Se la atribuye al cirujano escocés John Alston, quien realizó una ovariectomía, con éxito, en el domicilio de la paciente.

A pesar de los cambios para combatir el dolor, la mortalidad hospitalaria continuaba siendo elevada a causa de la infección intraoperatoria y posoperatoria; no existían reglas de asepsia, se desconocía la puerta de entrada del proceso infeccioso y las ideas acerca de las medidas de higiene eran confusas y contradictorias.

En 1872 comienza la implementación de la antisepsia en manos del joven farmacéutico y flamante médico Ignacio Pirovano, quien utiliza el ácido fénico, perfeccionando el método de Lister en forma definitiva.

En Buenos Aires, la luz eléctrica comenzó a utilizarse a partir de 1893, en reemplazo del farol

de gas; fue un verdadero logro que permitió mejorar de manera ostensible la visibilidad en las operaciones abdominales.

Otros de los sucesos relevantes para la época fue la aplicación de la anestesia raquídea, procedimiento muy utilizado por los propios cirujanos rurales desde 1920 y que puso en práctica por primera vez, en 1897, Fernando Dasso en el hospital San Roque, hoy Ramos Mejía³⁹.

Estos hechos se conocen porque sucedían en la principal ciudad del hemisferio sur, pero se sabe muy poco de lo que ocurría en la zona rural, quienes eran los médicos, cómo actuaban; menos datos aún hay sobre los cirujanos.

Eran tiempos heroicos; continuaba la lucha entre el médico y el curandero, que gozaba de mayor confianza popular. Las posibilidades de nuestra ciencia y arte se veían limitadas por la incredulidad del pueblo. Había que enfrentar no sólo la enfermedad, sino, y en mucho mayor medida, la ignorancia.

La instrucción quirúrgica de entonces exigía dedicación constante, capacidad y sacrificio junto a los expertos, quienes a su vez se informaban y perfeccionaban en Europa, principalmente en la Escuela Quirúrgica Francesa. Los viajes al mundo antiguo fueron el itinerario habitual de maestros y discípulos durante muchos años.

Sin embargo, ocurrirían algunos acontecimientos de vital importancia para el crecimiento de nuestra especialidad. Comenzaba el apogeo de quien fuera –según expresiones de Carlos Pellegrini– el padre de la cirugía, Ignacio Pirovano, sintetizando sus virtudes y condiciones, que dio origen a la primera Escuela Argentina de Cirugía, de donde salió una excepcional nómina de cirujanos que conformarían la famosa generación del ochenta.

Con el nacimiento de esta escuela, la cirugía se fue diferenciando entre múltiples cultores con diversas personalidades³⁹.

La desbordante inmigración europea a comienzos del siglo XX dio lugar, entre otras cosas, a un desarrollo universitario sin precedentes. Surgiría de allí una segunda línea de cirujanos destacados, quienes originarían cambios sustanciales con el nacimiento de las distintas escuelas quirúrgicas.

Las actuaciones de cada uno de ellos, en distintos puntos del país, fueron las semillas que permitieron la instrucción y el perfeccionamiento de

múltiples condiscípulos, que a su vez llevaron adelante el desarrollo de la cirugía en los lugares más recónditos del territorio nacional. Es meritorio subrayar que a fines de la década del 50 y por más de 20 años, muchos cirujanos destacados de Capital Federal y de las grandes ciudades, viajaban asiduamente al interior de las provincias, para operar y ayudar en casos problemáticos. Eran invitados por los cirujanos del lugar y durante las intervenciones transmitían sus experiencias y a su vez demostraban sus destrezas quirúrgicas. No podemos obviar, en esta síntesis, la abnegada dedicación y vocación de los médicos rurales de aquella época que, sin ser cirujanos, solucionaban un sinnúmero de problemas que requerían una respuesta clínica o quirúrgica inmediata.

Entre los más renombrados y recordados está Esteban Laureano Maradona, el “Doctorcito Dios” de la selva formoseña, graduado de médico en 1928, en la Universidad de Buenos Aires. Por su labor profesional, con más de cincuenta años de actividad en esos parajes, recibió el Premio Estrella de la Medicina para la Paz, otorgado por la Organización de Naciones Unidas, en 1987, siendo propuesto en tres ocasiones para el Premio Nobel.

En recuerdo de su vida ejemplar, entregada al trabajo y con una humildad igualmente épica, el 4 de julio, día de su nacimiento, ha sido declarado por ley “Día Nacional del Médico Rural”, y como homenaje a todos los médicos rurales argentinos⁴¹.

Merece una mención especial Juan Manuel Sáenz Cavia, quien poco después de recibir el título de médico en la Universidad del Salvador, decidió ejercer su profesión a 520 kilómetros de la Capital, en el pueblo de Tres Algarrobos, en el partido bonaerense de Carlos Tejedor.

Transformó la sala de primeros auxilios en un hospital. Incansable en su labor sanitaria y conmovido por el dolor y el desamparo de los lugareños, ejerció diferentes funciones y asumió ese compromiso como una obligación moral durante toda su vida.

Esta actitud le valió ser el primer médico rural premiado por la Academia Nacional de Medicina, en octubre de 2008⁵⁶. Una verdadera distinción y un hecho de justicia para todos los médicos rurales. Vaya, para todos ellos, nuestro más sincero y respetuoso reconocimiento.

La gloria de los grandes hombres debe medirse siempre por los medios que han empleado para adquirirla.

LA ROCHEFOUCAULD

No queda duda de que en los últimos cien años se produjo un avance vertiginoso en todos los aspectos de nuestro quehacer cotidiano. La técnica y el conocimiento alcanzaron umbrales inusitados, las comunicaciones fueron ganando recursos y su desarrollo se pudo apreciar en los lugares más distantes.

Un ejemplo de ello ofrece Cassone en su libro *Historia de la cirugía de Mendoza*¹⁴, al comentar la experiencia de Pedro Fanelli, el primer viajero que relató la travesía Buenos Aires-Mendoza en 1698, para la cual demoró 47 días. Casi 150 años más tarde, en 1844, Rivera tardó 11 días en llegar a la ciudad para operar al gobernador Aldao, a pedido de Rosas. La diferencia se debió a la puesta en marcha de los sistemas de postas. Hoy, es posible cubrir esa distancia en menos de dos horas.

Tal vez el caso de René Favalaro y sus inicios en el pueblo de Jacinto Arauz, en mayo de 1950, pueda tomarse como un ejemplo emblemático y considerarse el paradigma de la figura del cirujano rural, exaltando el alcance de su obra y revelando los comienzos de la cirugía en el interior de las provincias.

Junto con su hermano, Juan José, convirtieron una vieja casona en una clínica que llegó a tener 23 camas, una sala de cirugía bien equipa-

da para la época y una habitación destinada a radiología.

Su radio de acción se extendía a más de 150 kilómetros, resolviendo a diario todas las urgencias, además de lo que comprendía la cirugía general y la tocoginecología programada. Atendían a todos, sin distinción de raza, religión, color político o situación económica^{20, 21}.

Esta gesta, seguramente, ha sido llevada a cabo también por muchos cirujanos anónimos en diferentes zonas, realizando el mismo trabajo, con el mismo esfuerzo y humildad, en soledad y en silencio, a lo largo y ancho del país.

Creemos que, en la actualidad, es muy difícil encontrar algún cirujano que responda fielmente a esos estereotipos, debido a numerosas causas; entre ellas, y la más importante, la necesidad de garantizar un servicio adecuado, con una tecnología acorde que ofrezca la máxima seguridad a los pacientes y con el objeto de evitar que abogados inescrupulosos pretendan iniciar una demanda por responsabilidad profesional.

El paso del tiempo; los cambios sociales, culturales y demográficos; los medios de comunicación; la falta de recurso humano; los avances en cirugía; y otros motivos de índole profesional, de infraestructura, económicos y legales, han sido algunas de las causas que redujeron el desempeño de estos cirujanos en la campaña, que fueron sustituidos gradualmente por otros profesionales con una formación quirúrgica más integral.

CAPÍTULO 3 LA CIRUGÍA RURAL EN EL MUNDO

Muchos países del mundo ven con preocupación, desde hace más de una década, la falta de accesibilidad a la asistencia quirúrgica en las zonas rurales. Por ese motivo, han comenzado a preparar cirujanos rurales bajo esquemas bien definidos; sin embargo, las necesidades y los objetivos de los diferentes países no son los mismos.

En los países más desarrollados, el cirujano rural responde a un concepto semántico, ya que es un verdadero especialista formado con un programa específico y que incluye en su currícula no sólo la cirugía general, sino también los conceptos y el aprendizaje de obstetricia y ginecología,

urología, cirugía pediátrica, traumatología básica, endoscopias diversas y trauma.

A continuación, comentaremos algunos ejemplos correspondientes a distintos lugares y situaciones.

En México el sistema provee de médicos residentes de cirugía general, durante cortos períodos de rotación, a las comunidades rurales. Si bien existen diferentes tipos de programas, todos tienen los mismos lineamientos mediante convenios con hospitales del sector público, en los que también rotan los cirujanos del sector privado para su entrenamiento.

A pesar de lo avanzado del plan, estos residentes sólo permanecen en los lugares de trabajo durante el período asignado y regresan luego a su lugar de origen. Así, se hace necesario desarrollar un proyecto interinstitucional, capaz de formar cirujanos que se establezcan definitivamente y desarrollen sus condiciones profesionales en las ciudades o pueblos alejados de los centros más poblados⁵⁰.

También existe una participación valiosa de cirujanos voluntarios, pero es imposible asegurar un programa eficiente y continuo exclusivamente sobre la base del altruismo⁶⁸.

El Estado de Quintana Roo cuenta con un hospital integral de 12 camas, dotado de las especialidades básicas, un laboratorio para determinaciones esenciales y sala de rayos, pero no tiene banco de sangre ni terapia intensiva.

Es una institución de referencia obligada de una gran zona rural maya dispersa, en la que se realizaron 651 cirugías en 5,5 años, de las cuales 243 fueron procedimientos de mediana complejidad quirúrgica, con una morbilidad del 1,2%.

Pero lo rescatable del trabajo es que sus tres cirujanos generales, en diferentes etapas del período, realizaron cirugías obstétricas, urológicas, traumatológicas, pediátricas, plásticas, etc., y fueron resolviendo así los diversos problemas que presentaba la comunidad. No obstante, ante situaciones adversas siempre tuvieron como referencia un segundo nivel superior de atención ubicado en Cancún, a 80 kilómetros de distancia.

Los problemas subsecuentes a la educación quirúrgica continua los complementaron con los sistemas de enseñanza actuales, apoyados en la tecnología de Internet, con visitas proyectadas a hospitales escuelas, con la debida asistencia y tutoría en las intervenciones quirúrgicas programadas⁵⁰.

Por su parte, el Estado de Pueblas, que tiene poblaciones que van de cien a un millón de habitantes, refleja carencias significativas de algunas prestaciones quirúrgicas, sobre todo en las áreas intermedias, con la consiguiente derivación casi permanente de pacientes a los hospitales urbanos, lo que ocasiona una serie de gastos (ambulancia, combustible, choferes, horas extras de personal auxiliar, etc.), a los que se suma el desplazamiento de los familiares y su hospedaje.

Estas circunstancias motivaron, en 1993, el inicio de un programa que ofreciera a los hospitales

rurales los requerimientos quirúrgicos faltantes; se lo llamó "Cirugía extramuros"⁶⁸.

Sobre la base de las demandas existentes, se realizaron las inversiones necesarias, tomando como referencia el sistema tradicional y teniendo en cuenta principalmente la acreditación del equipo quirúrgico. Los próximos pasos fueron equipar el establecimiento con un banco de sangre propio, un laboratorio funcional y un servicio de cuidados intensivos.

El programa "Cirugía extramuros", organizado por la Secretaria de Salud desde 1997, forma parte de una red de hospitales rurales integrales con más de 30 camas, que permitió proyectarse en un nivel superior y de referencia a aquellas unidades como la descrita en Quintana Roo^{50, 68}.

El hospital rural 44, en San Luis, Potosí, cuenta con 45 camas y asiste a una población de no más de 50.000 habitantes. Está equipado con las unidades elementales de apoyo, con las cuatro especialidades básicas y sin terapia intensiva. Se destinó a la atención de una población dispersa, de bajos recursos, que no tiene acceso a la seguridad social⁵⁵.

En muchas ocasiones, casos que deberían ser atendidos en el tercer nivel no pueden ser derivados por las carencias económicas del paciente y de la familia, por problemas de traslados o bien por dificultades en la institución receptora. Inconvenientes administrativos, como la demanda de camas o largas listas de espera en el área quirúrgica, son los motivos habituales.

Esta situación ha generado una tendencia a intentar solucionar la mayoría de las patologías, derivando sólo a los pacientes cuyo cuadro, por su complejidad, requiere recursos diagnósticos avanzados o tratamiento en la unidad de terapia intensiva.

En este contexto, hay una conciencia plena de la necesidad de contar con un equipo quirúrgico capacitado en distintas destrezas, en especial ginecoobstetricia, pediatría y todo lo que compete al trauma.

Otro de los aspectos que consideraron fue la capacitación del residente en su etapa final de formación, profundizando el aprendizaje, para hacer frente a entidades comunes en el medio rural a fin de disminuir la derivación a los centros de tercer nivel⁵⁵.

En los Estados Unidos, cerca del 25% de la población reside en zonas rurales (55 millones de

personas) y está firmemente decidido a mejorar la calidad de la atención en los hospitales rurales²⁴, en especial perfeccionando la cirugía rural, debido a que sólo cuenta con 9% de los cirujanos trabajando en esas áreas y necesitaría un 10% más para cubrir el déficit prestacional y hacer sostenibles, desde el punto de vista económico, las instituciones sanitarias⁶⁷.

En la Universidad de Oregón se puso en marcha un programa de cirugía rural con la idea de brindar a los cirujanos diversas habilidades y disciplinas que no se enseñan en la residencia de cirugía general. Se los debía preparar para realizar procedimientos comunes de obstetricia y ginecología, otorrinolaringología, ortopedia, endoscopias digestivas, urología, etc., además de las intervenciones que competen a la carrera tradicional.

Los desafíos para lograr esta tarea eran muchos: garantizar un entrenamiento completo y supervisado durante su preparación, insertarlos en una zona donde el número de nativos justificara la utilidad de los profesionales formados, y propiciar el vínculo con los demás colegas a fin de evitar una competencia desmedida y desleal. Así, las autoridades debieron buscar una población de tamaño moderado, que tuviera entre 15.000 y 30.000 habitantes, con el centro urbano más cercano a 80 kilómetros (50 millas). Establecido ese límite, consideraron que la cantidad de cirujanos podría ser de uno cada 10.000 o 15.000 personas¹⁰.

Era obvio que este límite poblacional no se ajustaba al perfil de una comunidad rural estadounidense; sin embargo, el programa contempló esta situación haciendo que el residente, en la última etapa de su formación y junto con un cirujano más experimentado, pudiera ejercer en esa colectividad y en forma itinerante en pueblos alejados, resolviendo algunos problemas quirúrgicos y derivando otros hacia los centros mencionados.

En cuanto a lo académico, el sistema incluyó una constante comunicación con el Centro Médico Universitario, a través de videoteleconferencias y otros adelantos tecnológicos, ya sea para continuar con la educación médica o bien para contactarse con un cirujano de mayor experiencia a fin de mejorar la calidad asistencial^{22, 33, 52}.

Heneghan y Hobson^{30, 31}, en un interesante estudio, comparan algunos aspectos que sobresalen en la vida profesional y cotidiana de un cirujano urbano y un cirujano general rural en los Estados Unidos. En principio, reiteran lo expresado por

otros autores respecto de la escasez de cirujanos rurales motivada por el retiro de algunos de ellos y las dificultades para reemplazarlos.

Si bien se acepta que las prácticas quirúrgicas en uno u otro ámbito son diferentes, como lo expresó Burkholder¹², en realidad la naturaleza exacta de estas diferencias y los factores que llevan a un cirujano a desempeñar su actividad quirúrgica en una zona rural no se han examinado con profundidad. En este sentido, el estudio se basa en precisar la experiencia del cirujano rural en su práctica, las necesidades potenciales en su entrenamiento para anticiparse a situaciones extremas, su calidad de vida, sus ingresos económicos, etc.

Los efectos de este estudio se pueden analizar para comprender los verdaderos obstáculos que impiden habitar y ejercer la cirugía en zonas rurales.

Se observó que 6% de los cirujanos rurales ejercían en poblaciones de hasta 2.500 habitantes, un 50,7% trabajaban en ciudades de entre 2.500 y 10.000 y el restante 43,3% lo hacía en centros urbanos de entre 10.000 y 50.000 habitantes.

Tanto el cirujano urbano como el rural tenían una estabilidad laboral considerable y no había diferencia en los años de ejercicio profesional.

En principio se evaluó el volumen de cirugías realizadas en un año, en las categorías de cirugía general; cirugía laparoscópica; y cirugías vascular, torácica, endoscópica, ginecológica, obstétrica, ortopédica, urológica, otorrinolaringológica, plástica y de la mano.

Los resultados estadísticos obtenidos mostraron una cantidad significativamente mayor de experiencia en las áreas de cirugía general, laparoscopia y cirugía vascular para el cirujano urbano³¹; por su parte, en la actividad del cirujano rural sobresalieron las prácticas de cirugía ginecológica, obstétrica, urológica y endoscópica.

No se hallaron cifras estadísticamente significativas en la cirugía torácica, en la cual predominó el cirujano de los grandes centros; las prácticas en otorrinolaringología, ortopedia, plástica y cirugía de la mano fueron ligeramente más elevadas para los que se desempeñaban en la campaña.

La calidad de vida no fue un factor de desigualdad importante en relación con las exigencias de la práctica diaria.

El aspecto familiar reveló una diferencia significativa entre los dos grupos a favor de los cirujanos rurales, por estar más cerca y con más tiem-

po aprovechable junto con su grupo familiar; en este sentido, tuvo mayor peso la crianza de los hijos durante la niñez y la atención en la época de la adolescencia. Sin embargo, un trabajo australiano que estudió los motivos de alejamiento de los cirujanos del medio rural informó como uno de ellos las dificultades del cónyuge para adaptarse y conseguir un buen trabajo^{29, 30}.

El aislamiento profesional es un aspecto fundamental en la vida del cirujano rural, y se lo identifica como un factor que hay que mejorar para retener a estos profesionales. A pesar de las excelentes comunicaciones y los recursos adecuados para la asistencia, los cirujanos rurales padecen considerables problemas en el momento de buscar un reemplazante para poder participar en cursos y congresos de la especialidad. De hecho, los encuestados en un estudio canadiense señalaron la educación médica continua como el factor más importante para optimizar sus prácticas rurales⁵⁷.

Se analizaron también los recursos económicos disponibles para los momentos de esparcimiento, en particular para las fechas anuales destinadas al ocio; se observó una proporción más elevada para el cirujano urbano.

La rentabilidad obtenida como resultado de la actividad laboral mostró una mínima diferencia a favor de los profesionales de las grandes ciudades; no obstante, su costo de vida es considerablemente mayor, por lo cual, de alguna manera, estaría compensado³⁰.

Para tener una idea aproximada de los ingresos, la Oficina Federal de Política de Salud Rural del Departamento de Salud de los Estados Unidos informa que el sueldo de un médico rural es de 170.000 dólares anuales, mientras que el de quienes actúan en áreas metropolitanas casi llega a 200.000 dólares por año³⁰.

Un problema que afecta la atención en los centros de salud rural es la escasez de asistentes en enfermería y de cirujanos ayudantes. La mayoría de los cirujanos manifiestan que se hace muy difícil trabajar con personal auxiliar en enfermería, que a su vez no tiene noción del movimiento en el quirófano.

En cuanto a los ayudantes, son reemplazados por estudiantes de medicina del último año, que cumplen el internado rotatorio a través de un convenio con la Universidad, vigente desde 1950.

Naturalmente, los alumnos cuentan con la supervisión permanente de un tutor experimentado

y con el respaldo de las autoridades correspondientes⁶³.

Respecto de la incorporación de nuevas tecnologías en el ámbito rural, Kemp y cols.³⁶ estudiaron la aplicación de la cirugía laparoscópica en la litiasis vesicular por parte de los cirujanos rurales, desde 1988 a 1997, en comparación con la actividad desarrollada en los hospitales urbanos. El trabajo consideró el volumen de operaciones programadas y de urgencia, la morbilidad y el número de reintervenciones.

Los resultados mostraron que las intervenciones fueron aumentando en forma gradual para el sector rural y a partir de 1992 la cantidad fue casi similar para las dos áreas.

La tasa de mortalidad, lo mismo que el número de reintervenciones, no arrojó diferencias significativas (0,47% urbano, 0,57% rural) y 0,88%, respectivamente.

De modo que la mayoría de los cirujanos rurales superaron ampliamente el entrenamiento, adoptando la técnica para incursionar en otras patologías que pueden exigir mayores habilidades, como lo describen Reynolds y cols., quienes establecieron un programa para entrenar a residentes del último año en laparoscopia avanzada⁵¹.

Como no podía ser de otra manera, en los Estados Unidos también se ocuparon de estudiar el curso de los programas de cirugía general rural y el estado de las administraciones en los hospitales rurales.

Si bien reconocen que muchos de estos establecimientos son financieramente vulnerables, consideran que la práctica quirúrgica en particular, constituye un valioso rédito para las instituciones.

En primer lugar ampliaron el papel del cirujano rural en los hospitales pequeños, con la idea de que proporcione otros servicios, como el cuidado del paciente crítico, además del manejo quirúrgico, con el objeto de optimizar una asistencia más integral.

El propósito de este proyecto fue conocer la opinión de los administradores con respecto al impacto de los servicios quirúrgicos en el ámbito financiero del hospital.

Se mandó una muestra aleatoria a 2.166 hospitales rurales que operan actualmente en ese país. El 83% de los administradores afirmaron que el programa de cirugía rural fue muy importante para la economía de la institución, teniendo en cuenta los ingresos que ahora aportaban las prác-

ticas y que antes se desviaban hacia los centros de nivel superior.

Los administradores dejan ver, como conclusión del estudio, la importancia decisiva de la cirugía rural en las finanzas de la institución, y destacan que la escasez de cirujanos perjudica la economía de algunos establecimientos, que se ven forzados, por ende, a reducir otros servicios⁵³.

Como ya comentamos, son muy pocos los cirujanos que actúan en las zonas rurales de los Estados Unidos y menos aún los recién graduados. Como agregado se ve un menor interés para optar por cargos en residencias de cirugía general y los que acceden terminan desarrollando una subespecialidad; así, la oferta de cirujanos formados es cada vez menor, como ilustra la Fig. 4.

La situación tenderá a empeorar en los próximos diez años, ya que muchos cirujanos rurales se acercan a la edad de la jubilación, mientras son muy pocos los que eligen sustituirlos.

La gran mayoría de ellos consideran que no están preparados para afrontar problemas de otras especialidades o subespecialidades del área quirúrgica.

Es generalizado el temor que sienten a las exigencias profesionales que se les pueden presentar, situación que, sin duda, repercute en la formación quirúrgica durante la residencia y deja entrever una actitud de inseguridad.

El contraste son las residencias de medicina familiar, con historia, experiencia e interés manifiesto en la instrucción de sus médicos rurales. Esta situación queda reflejada fundamentalmente en el programa y en las ocasiones que les brinda

el Estado para desarrollar sus actividades en el ámbito rural.

Surge entonces el gran interrogante¹². ¿Son aptos los programas de las residencias en cirugía general para preparar a los futuros cirujanos rurales o será necesario aplicar algunos de los criterios citados en los programas de la residencia en medicina familiar?

Las razones valoradas incluyen el interés para la formación del profesional, los planes de estudios adecuados a las circunstancias y las oportunidades sanitarias que tiene el educando, para instalarse y ejercer la cirugía en el lugar.

De las 252 residencias de cirugía general en los Estados Unidos, sólo 25 reúnen uno de los tres criterios. Este hallazgo constituye un 10% del total y representa especialmente a las residencias ubicadas en el medio oeste y sur del país¹⁹.

Sobre estas bases, se estableció en principio la evaluación e interpretación de los programas, con un enfoque demográfico, elaborando un mapa de los programas de residencia quirúrgica que han logrado mayor éxito en la ocupación de los graduados en zonas rurales¹².

Varias organizaciones, entre ellas la Asociación Americana de Cirugía, la Comisión de Educación Quirúrgica, formada por la Junta Americana de Cirugía, el Colegio Americano de Cirujanos y el Comité para el examen de residencia en cirugía, han recomendado la reestructuración del plan de instrucción y los cambios necesarios en la forma de entrenamiento de los cirujanos. Estas modificaciones sustanciales están orientadas a fortalecer la educación de los futuros cirujanos rurales en diferentes áreas quirúrgicas³¹. Esta formación con "orientación rural" es aplicable también a los cirujanos que actúan como misioneros en los países pobres y a los que son enviados a zonas de conflicto bélico⁴⁴.

En otro contexto, pero siempre relacionado con la preparación futura del cirujano rural, algunos autores propusieron la creación de una sociedad de residencia en cirugía general, con interés en los programas para la formación de esos especialistas. Esta asociación podría trabajar en el diseño de un sistema de estudio estandarizado sobre las incumbencias quirúrgicas de acuerdo con las circunstancias, ayudar a promover los programas dentro de la carrera quirúrgica y también estudiar con eficacia diversas estrategias para ubicar a los residentes en las zonas rurales con mayores necesidades¹⁹.

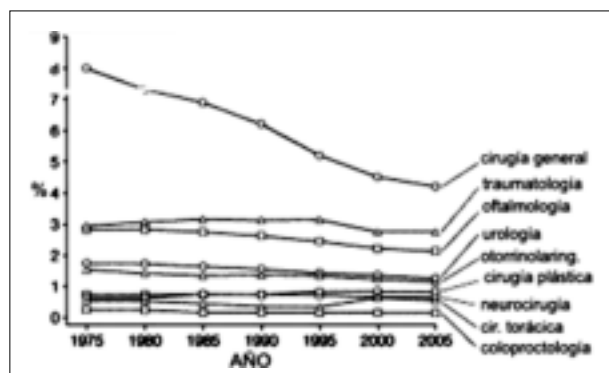


FIGURA 4

Disminución del número de cirujanos generales en treinta años en los Estados Unidos

Por su parte, en Canadá, según el censo de 1991, la población rural era del 33% y sólo 22% vivía en comunidades de menos de 10.000 habitantes. Por lo tanto, se debió enfrentar el problema de las carencias asistenciales existentes, principalmente en los territorios del noroeste y del Yukon, donde había verdaderas necesidades quirúrgicas.

Para ello, se realizó un estudio basado en una encuesta que fue enviada a 148 hospitales de no más de 50 camas o que asistían a 15.000 habitantes o menos.

Del total de la muestra, el criterio de inclusión alcanzó a 101 establecimientos; lo interesante de la investigación fue que puso en evidencia que, en 33 instituciones, los servicios quirúrgicos estaban a cargo de médicos generalistas, o como se los llama allí, "practicantes *generales cirujanos*", con un entrenamiento adicional y limitado en cirugía, que respondían adecuadamente a las necesidades primarias de la comunidad. Esta situación no dejó de inquietar a las autoridades sanitarias, a pesar de los éxitos obtenidos³⁵.

El estudio de Chaisson¹⁶ planteó una preocupación al respecto: el 50% de los cirujanos generales de las comunidades rurales canadienses eran mayores de 55 años, por lo cual se hacía imperioso invertir a fin de facilitar el recambio generacional, circunstancia para nada fácil.

En este contexto, las autoridades se vieron obligadas a tomar medidas, ya que los médicos rurales podían sentirse presionados por la propia comunidad para satisfacer los requerimientos básicos o por los propios cirujanos para intentar procedimientos en los cuales no tenían la preparación adecuada y así crear un escenario arriesgado para el paciente y para ellos mismos.

De cualquier manera, y a pesar de una mayor instrucción en el campo formativo, las autoridades de la Universidad y la Asociación de Cirujanos de Canadá, junto con la Institución que nuclea a los médicos de familia, establecieron el área de acción de los médicos rurales, sobre todo en las intervenciones que ellos realizan. Las pautas establecidas por ese organismo constituirían la base de una política de salud, cuya aplicación comenzaría como una prueba piloto en las áreas seleccionadas.

Cabe señalar que en Canadá este es un problema constante y aún sin solución. Esto obedece a la imposibilidad de contratar a cirujanos generales experimentados para que se radiquen y ejerzan en

las zonas donde existen las necesidades quirúrgicas, por varias razones. El aspecto económico, el aislamiento profesional y el desarraigo son algunas de las señaladas como las más importantes^{10, 35}.

Otros de los temas considerados es la tendencia creciente a la centralización de diferentes procedimientos quirúrgicos complejos en establecimientos de alto volumen de atención. Esta situación no pretende impedir el manejo y enfoque terapéutico en la urgencia y la estrategia en algunos casos problemáticos; de ser así, se estaría en contra de los modelos actuales y de la instalación de nuevos programas, lo cual dejaría de ser una atracción para aquellos que desean instalarse^{9, 25, 65}.

En este sentido, hace años que en los Estados Unidos se trabaja para regionalizar las patologías quirúrgicas complejas, las cuales se acompañan de un fuerte impacto económico en el ámbito institucional¹⁵.

Esta idea ha ganado gradual aceptación, principalmente por parte de los administradores de los hospitales rurales, quienes observaron que absorber este tipo de cirugías y con un reducido número de casos implica mayores gastos, lo cual torna muy difícil, si no imposible, sostener la institución desde el punto de vista financiero.

El rol de la cirugía itinerante llevada a cabo por expertos, ha sido valioso para las pequeñas comunidades. Esto no sería posible sin la predisposición del cirujano, que accede a operar en esas comunidades sin tener en cuenta, muchas veces, el impacto económico.

De hecho, en las comunidades en que se ha puesto en práctica, los efectos resultaron exitosos, logrando una buena convivencia entre ambos y racionalizando el área de acción de cada uno³².

Para tener una visión diametralmente opuesta de la dirección que han adoptado algunos Estados americanos en este tema, investigamos el caso de Bolivia, donde, fuera de las instituciones asistenciales de las grandes ciudades, existían únicamente los centros mineros como Catavi o Colquiri. En ellos funcionaban unidades destinadas a la atención médica, pero ninguno podía tenerse como referencia para resolver patologías quirúrgicas, ya sea por su inadecuada infraestructura o por la falta de permanencia de profesionales capacitados.

Fue entonces que surgió la necesidad de construir el Hospital General de los Yungas, que comenzó a funcionar en 1990, para satisfacer la demanda del segundo nivel.

El establecimiento cubre una población de 156.000 habitantes y se nutre a su vez de 55 centros distantes, que asisten a poblados con gran dificultad para acceder a la atención médica.

Esta experiencia en la localidad de Coroico ha sido considerada por las autoridades sanitarias una nueva alternativa de proyección para cirujanos generales, garantizando una formación acorde con las necesidades de la zona rural, e incluyendo en su capacitación la incursión en el campo de la ginecología, la obstetricia y la traumatología básica.

El plan que pusieron en marcha benefició a todas las familias que componen el polo obrero del lugar y permitió resolver o mitigar algunos cuadros de resolución quirúrgica⁵⁸.

Por otra parte, en Australia, el gobierno, la medicina y la comunidad han mantenido siempre una relación simbiótica, basada en una dependencia recíproca; sin embargo, en el ámbito rural ha habido, en los últimos años, cierto abandono y despreocupación por parte de las autoridades, con las consiguientes repercusiones políticas.

Es obvio que las consecuencias manifiestas son los resultados de un mayor requerimiento en salud por parte de las poblaciones rurales. En este sentido, muchos autores coinciden en que el hospital rural es la institución más importante, prominente y eficaz para la organización y el cuidado de la salud en esas áreas, de modo que para el Estado era fundamental consolidar el establecimiento sanitario.

Para ello ofrecieron, en primera instancia, un servicio de cuidados agudos básicos, que cubría la emergencia quirúrgica, obstétrica, clínica médica, pediátrica, etc.

Blanchfield, en el trabajo de Kenny y Duckett³⁷, sostiene que el hospital rural puede ofrecer diversos servicios, más allá de la recepción del cuadro agudo, que proporcionen el cuidado paliativo a los enfermos terminales, así como la atención clínica y quirúrgica al paciente ambulatorio, y conducirse como un verdadero referente sanitario.

Sin embargo, la variedad de posibilidades se vio eclipsada por la escasez de médicos en cada pueblo, con independencia del tamaño y de los recursos hospitalarios, viéndose forzados a contratar profesionales con un nivel de formación poco aceptable para, por lo menos, asegurar el servicio.

Esta situación repercutió en el área contable, ya que con el objeto de mejorar la calidad prestacional fue necesario elevar los montos de contra-

tación por encima de los niveles de accesibilidad de la institución³⁷.

La población de la Unión Europea suma un 6,5% de la población mundial y 8 de cada 10 habitantes viven en ciudades.

Más del 20% de los europeos viven en comunidades de menos de 2.000 habitantes, el 40% de la superficie está clasificada como agrícola y más de un 30% corresponde a zonas de bosques; de manera que es mucho lo que se viene trabajando para satisfacer las necesidades sanitarias de esta considerable parte de la comunidad.

Es evidente que a pesar de tener algunas necesidades en materia sanitaria, la interacción de los gobiernos que conforman la Unión, las comunicaciones, las vías de accesos entre los poblados, las políticas en salud, los programas de salubridad comunitaria, etc., permiten sostener, en gran parte, las demandas asistenciales.

No obstante, las intenciones en Europa han sido asegurar que todas las poblaciones rurales aisladas tengan acceso a los cuidados médicos públicos, con independencia de su localización, cultura y recursos.

En un documento llamado "Carta europea para el médico rural" se afirma que las investigaciones sobre el trabajo en el medio rural son limitadas, pero existe una evidencia desde toda Europa al resto del mundo, de que los problemas son similares y entre ellos está la fuerte carga de trabajo, escasas oportunidades de reciclaje, aislamiento, falta de entusiasmo y disminución de la cantidad de personas que quieren dedicarse a esta labor.

Los médicos rurales disfrutan de un estatus muy alto dentro de su propia comunidad; sin embargo, es uno de los más bajos dentro de su profesión. Esto se debe a un perfil caracterizado por el aislamiento, la escasez de recursos y la gran carga de trabajo⁵⁴.

Las características específicas de la medicina rural, que influyen en el manejo de un mayor número de habilidades por parte de los profesionales, deberían tener un mayor reconocimiento de las organizaciones profesionales, los gobiernos y las autoridades de la salud pública en toda Europa.

La creación de la infraestructura necesaria que permita dotar de una atención global a áreas rurales remotas o subdesarrolladas ha sido, sin duda, una prioridad, ya que los médicos rurales asumen una responsabilidad mayor que sus colegas urbanos y en condiciones de mayor aislamiento profesional.

Los centros de atención primaria actuales brindan una excelente oportunidad para desarrollar actividades quirúrgicas menores con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos. En tal sentido, España inició esta experiencia hace unos años, realizada, en su gran mayoría, por el médico de familia o médico titular.

Podría decirse que en Europa, los diferentes modelos tienden a buscar que el profesional adquiera especial adiestramiento en determinadas habilidades quirúrgicas, ya que se ha demostrado que puede llevarlas a cabo con plena garantía en el medio en que trabaja. Estas actividades reportan un beneficio inmenso para el paciente, así como un ahorro económico y una mejora social para todo el sistema.

Las autoridades sanitarias se trazaron también como objetivo que el médico continúe desempeñándose el resto de su vida en el ámbito rural, es decir, que no sea una fase transitoria en la espera de un puesto más deseable en el medio urbano. Para ello, es necesario que se sienta atraído por el trabajo y que el esfuerzo adicional que supone esté suficientemente compensado⁵⁴.

En el caso del África, la asistencia médica, salvo algunas excepciones, siempre ha sido irresponsablemente descuidada por las autoridades gubernamentales de la mayoría de los 50 países que integran ese continente. Cuenta con cientos de etnias diferentes y la mayoría de su población vive en zonas rurales en situación precaria.

La cirugía rural es allí, en realidad, un mal menor en comparación con la indiferencia que existe hacia los recursos sanitarios esenciales.

Los avances y mejoras en la medicina no han podido reducir la mortalidad, principalmente infantil; la falta de políticas en salud, el hambre y las luchas contra ciertas epidemias han dejado atrás los problemas quirúrgicos, librados a una evolución incierta.

No obstante, algunos países se han preocupado no sólo por la cirugía sino por la medicina rural en general. Tal es el caso de Nigeria, que a través del Colegio de Médicos, ideó un plan para desarrollar la actividad quirúrgica en la campaña, con entrenamiento en varias disciplinas quirúrgicas, llevada a cabo muchas veces por médicos generalistas. La superespecialización de los profesionales no es el objetivo actual en un país que intenta resolver los problemas urgentes, las realidades y las dificultades epidemiológicas que se

presentan a diario. Esta corriente ha tenido efectos exitosos que se vieron reflejados en la población, con el refuerzo de la estabilidad social, la disminución de los costos y riesgos inherentes al traslado de los pacientes, la creación de fuentes laborales para trabajadores de la salud, etc.⁵.

El programa contempla el entrenamiento de médicos generales como verdaderos agentes sanitarios para realizar tareas de prevención, vacunación y, además, un plan de cirugía rural con recursos y tecnología básica.

Los contenidos incluyen también el adiestramiento de auxiliares de enfermería para el área del quirófano, la asistencia en la anestesia y en el acto quirúrgico, y la atención del paciente en el posoperatorio^{5, 50}.

No obstante, el problema será para un futuro no tan lejano, ya que a través de una encuesta reciente, el 60% de los estudiantes de medicina nigerianos manifestaron con firmeza la idea de emigrar una vez recibidos⁶⁴.

Sudán, el país más extenso de África y con una población muy dispersa, debió implementar un sistema asistencial para las áreas rurales, en especial en la región del sur.

Esta experiencia fue publicada por Giuseppe Meo y cols.⁴² en un estudio retrospectivo de 6 años, el cual muestra las condiciones sumamente adversas en las que se realizaban las actividades quirúrgicas.

El equipo de trabajo estaba constituido por cirujano, anestesista y enfermera; operaron un total de 1.642 pacientes, de los cuales 77% fueron procedimientos programados.

La mayoría de las intervenciones se hicieron con anestesia peridural o raquídea y un pequeño número, con anestesia local.

Las principales patologías tratadas fueron hernias y eventraciones, y enfermedades anorrectales y ginecológicas.

No hubo mortalidad y las complicaciones se observaron en un 0,85% de los pacientes. Este grupo de trabajo ha demostrado la factibilidad de establecer servicios quirúrgicos en áreas rurales en países en desarrollo, mediante un equipo básico y selecto de profesionales locales, con selección de los casos y la guía inicial de un cirujano con mayor experiencia⁴².

Angola es otro de los países de África cuyos datos investigamos. Alberga a 17.024.000 habitantes, según el último censo, con una extensión te-

ritorial, 1.246.700 km² y una densidad poblacional de 13,7 habitantes/km²

Tiene una población rural del 45%, dedicada a la agricultura y la ganadería, con graves problemas de salud, no demasiado diferentes de otros Estados africanos.

La mortalidad infantil (2005-2010) es de 131,9/1.000, más de 100.000 niños mueren por año debido al sarampión. La esperanza de vida (2005-2010) es de 42,7 años, de modo que si este es el panorama sanitario del país, es inimaginable lo que puede pasar en el área quirúrgica³.

Un ejemplo de ello es lo que sucede en la ciudad de Dondo, con 80.000 habitantes y a 150 kilómetros de la capital, Luanda, donde los únicos puestos de salud son los de las misiones católicas.

Estos puestos cuentan con 13 camas permanentemente ocupadas, evacuan 150 consultas diarias y todo cuadro, agudo o programado, potencialmente quirúrgico es derivado a distintas ciudades, a pesar de contar con un hospital, que si bien en lo edilicio podría considerarse regional, carece de los elementos médicos indispensables.

Los traslados se hacen en un móvil sin ningún tipo de equipamiento, a través de la selva, por huellas o caminos de tierra en mal estado⁶⁰.

Hay que hacer notar que la guerra civil destruyó el 60% de los hospitales, según la UNICEF y más de dos años después, los cirujanos, con base en Abeche, se ocupan de los heridos más graves y de resolver los casos más complejos².

La mayoría de los médicos que actúan en las zonas rurales son extranjeros (médicos o cirujanos sin fronteras), que atienden en las sedes misioneras⁶⁰.

Es obvio que en África faltan cirujanos y que no hay suficientes médicos para formar otros médicos, como puede verse en el Cuadro 1⁶⁴.

CUADRO 1
Cirugía en África

País	Población en millones	Nº de cirujanos	Densidad cirujano/habitante
Uganda	27	100	1:270.000
Kenya	32	315	1:101.587
Tanzania	34	110	1:340.000
Zimbabwe	11	77	1:142.857
Malawi	12	15	1:2.400.000
Mozambique	18	59	1:305.085

En la Fig. 5 se compara la cantidad de cirujanos por cada 100.000 habitantes en distintas regiones, según datos del año 1987.

Los verdaderos desafíos a los que se enfrenta África –además de la escasez de cirujanos– son, entre otros, la fuga de cerebros, la falta de atracción estudiantil por la cirugía, las malas condiciones de trabajo, los bajos salarios, la incertidumbre de la trayectoria profesional, la perspectiva de exceso de trabajo para toda la vida, las oportunidades limitadas para la educación y la formación, y la escasez de anestelistas, enfermeras y personal paramédico bien entrenados.

Para modificar esta situación se creó una organización de servicio voluntario multinacional, entre la Universidad de Loma Linda y la Asociación Cristiana de Médicos y Odontólogos, de la que surgió la Academia Panafricana de Cirujanos Cristianos (PAACS).

Una de las iniciativas se basó en utilizar los hospitales de la misión evangélica para entrenar a los médicos nacionales y los propósitos fueron instruir a los médicos generalistas con formación quirúrgica o bien a los cirujanos con suficientes conocimientos de medicina general.

Los programas se iniciaron en 1997 con un número mínimo de residentes, el cual creció en forma significativa, al igual que los sitios de entrenamiento (Figs. 6 y 7)⁶⁴.

No obstante, en los proyectos establecidos para la instrucción del residente quedaron asentados los reclamos para mejorar los recursos tecnológicos, garantizando un equipamiento adecuado para que el especialista pueda resolver situaciones adversas⁵.



FIGURA 5
Cantidad de cirujanos por 100.000 habitantes

Merece especial atención el estudio que realizamos sobre la India. En este país, el concepto de cirugía en las zonas rurales se ha desarrollado en los últimos dieciocho años y se fundamentó en la asistencia quirúrgica del paciente sin recursos. Virchow decía que la medicina es una ciencia social. Creemos que este concepto ha perdido, en parte, su significado. Por ello, debería haber un mayor compromiso de todos aquellos que integran la vida política de una nación⁷.

De los 6.500 millones de personas que conformamos la población mundial, sólo 1.000 millones tienen acceso a algún tipo de atención quirúrgica.



FIGURA 6
Crecimiento de cirujanos de PAACS en África

La India tiene una población de 1.150 millones de habitantes, 70% viven en zonas rurales y barrios suburbanos, y tienen acceso a la cirugía no más del 10%. El 80% de las camas disponibles se encuentran en las grandes ciudades y, a su vez, el 80% de esas camas están ocupadas por pacientes provenientes de la zona rural. La infraestructura hospitalaria es absolutamente deficiente y el 90% de la población está fuera del alcance de los métodos por imágenes de última generación.

Cerca de 600 cirujanos egresan por año del posgrado. Muchos de ellos emigran a los países desarrollados, otros se dedican a la enseñanza en las instituciones del país o se superespecializan y un pequeño grupo desarrolla su actividad en hospitales de distritos suburbanos o rurales. Esta es la categoría de cirujanos que absorbe las necesidades de la mayoría de la población. Trabajan en condiciones extremas, sin recursos. Combinan sus conocimientos médicos y quirúrgicos para proporcionar una atención sanitaria adecuada a las circunstancias. No sólo realizan la práctica de múltiples disciplinas quirúrgicas; también hacen medicina general y preventiva; así, a pesar de su formación como cirujanos, fueron preparados para el cuidado total de la salud.

Dadas las necesidades extremas del país, en 1986, a raíz de una encuesta realizada en un evento científico, se propuso averiguar cuáles eran las



FIGURA 7
Distribución de los sitios de formación PAACS

condiciones de trabajo de esos cirujanos. Los resultados fueron verdaderamente reveladores del contexto: el 45% de ellos trabajan sin un anestesista capacitado, el 68% sin un radiólogo calificado, el 68% sin un patólogo, el 63% sin banco de sangre en las instalaciones; el 32% sin quirófano, sala de rayos ni gabinete de patología; el 96,4% de ellos realizan cirugía abdominal; el 68,3%, cirugía ortopédica; el 80,2%, cirugía obstétrica y ginecológica; el 29,5%, cirugía torácica; el 81%, cirugía urológica; el 15,5% realizó la cirugía ORL y el 66% efectúa más de tres especialidades quirúrgicas⁷.

Debido a esta situación, los profesionales incluidos en el sistema solicitaron a la Asociación de Cirujanos de la India el beneficio y el reconocimiento de la cirugía rural como especialidad.

El otorgamiento, logrado en 1992, le permitió a la nueva Asociación de Cirujanos de la India Rural (ARSI) celebrar conferencias y congresos nacionales en diferentes partes del país (Fig. 8). Por otra parte, la Universidad Nacional Abierta Indira Gandhi, de Nueva Delhi, diseñó un curso multidisciplinario de cirugía rural en colaboración con esa Asociación⁴⁷, y creó una página web en la que invita a médicos, cirujanos y otros profesionales de la salud a fortalecer esta tarea, transmitiendo que el desarrollo sostenible de la salud pública debe llevarse a cabo sólo cuando se establezca el tipo de prioridades para beneficio de la mayoría de la población mundial.

La movilización profesional, iniciada a mediados de la década de 1980, de alguna manera quedó reflejada en la Declaración de Edimburgo de

1988⁴⁶. El reconocimiento fue producido por la Conferencia Mundial sobre Educación Médica, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual destacó los objetivos de la instrucción profesional que a su entender, y en términos generales, no se cumplían ni se cumplen.

Los puntos sobresalientes de la declaración revelan la falta de ecuanimidad en la atención hospitalaria, la deficiencia en la asistencia médica, la necesidad de acentuar las prioridades nacionales de salud en los programas de enseñanza, etc.⁴⁶.

Como medidas complementarias, señalan hacer extensiva la preocupación para la implementación de las nuevas ideas y comunicarlas a todas las autoridades, sean Ministerios de Educación o de Salud, armonizar las políticas de admisión con las reales necesidades de la población, aumentar la formación de recursos humanos en el campo de la salud (enfermeros, paramédicos, técnicos diversos y no sólo médicos), facilitar y agilizar la educación médica continua, e implementar un proceso de revisión curricular obligatorio que produzca las modificaciones recomendadas. Entre otras cosas, finaliza diciendo que el escenario está en desarrollo y que ha llegado el momento de la acción⁴⁶.

En conclusión, es evidente que las diferencias que existen entre los países que han desarrollado la cirugía rural son directamente proporcionales a su avance socio-económico-cultural. Sin embargo, la implementación de la cirugía en lugares que carecían de ella ha sido beneficiosa para la población. Un problema a resolver sigue siendo la preparación del personal y que este sea suficiente.

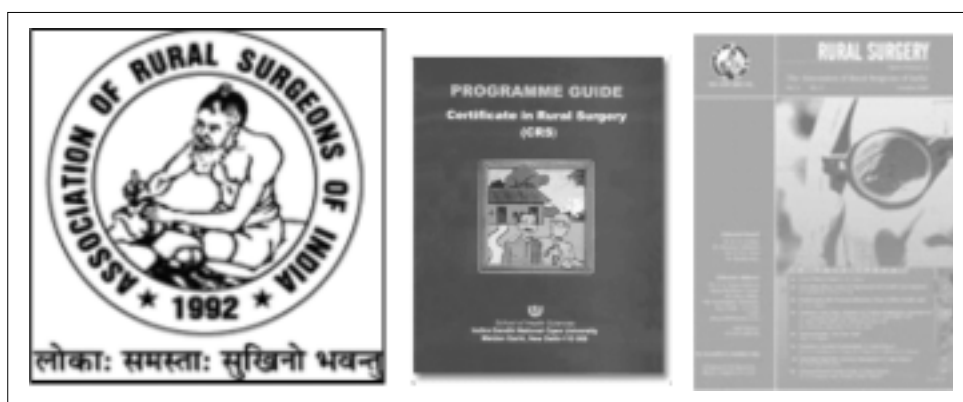


FIGURA 8

Logo de la ARSI, Programa de certificación de cirujano rural y revista de cirugía rural

CAPÍTULO 4

LA CIRUGÍA RURAL EN LA ARGENTINA

El concepto de cirugía rural podría considerarse ya perimido, cuando en la actualidad se habla de la videolaparoscopia avanzada, la cirugía robótica, el trasplante de órganos y la videoteleconferencia en tiempo real.

Si tenemos en cuenta el significado de población rural enunciado por el INDEC³⁴, es imposible imaginar que un cirujano habite en algunas de esas localidades, desarrolle su especialidad y pueda vivir exclusivamente de ella. Por lo tanto, deberíamos afirmar que en la actualidad no existe el cirujano rural propiamente dicho; lo que existe es el cirujano general que se desempeña en áreas rurales.

En su libro *Recuerdos de un médico rural*²⁰, Favalaro hace hincapié en la ayuda comunitaria como médico de pueblo y no como cirujano de pueblo.

Sus funciones han sido múltiples; una de las más importantes es la educación sanitaria de la población, tarea para la cual el cirujano no está formado.

Sin embargo, la responsabilidad que conlleva escribir sobre el tema implica, en principio, conocerlo; lo habitual es recurrir a referencias nacionales y extranjeras para enriquecer el contenido a través de las diferentes experiencias.

No fue una sorpresa comprobar que no existe bibliografía nacional publicada sobre la cirugía rural en la Argentina. Ni siquiera se menciona al cirujano rural como tal, de modo que nuestro enfoque está avalado por nuestra permanencia en el centro de la Provincia de Buenos Aires durante más de veinte años.

El gran interrogante fue, ¿cómo vamos a trabajar en un tema que incumbe a la cirugía argentina, pero sobre el cual no existen antecedentes bibliográficos?

Hablamos con varios cirujanos de distintos puntos del país; una gran mayoría de ellos se desempeñan desde el inicio en el interior de las provincias. Todos colaboraron y cada uno tiene una acaudalada historia anónima, rica en experiencias quirúrgicas; nombrarlos nos expondría a incurrir, tal vez, en algún olvido involuntario, absolutamente injusto.

Sin embargo, la actuación profesional de Manuel Luis Rodríguez, de General Villegas, le dio la

posibilidad y el privilegio de ser invitado al Congreso Uruguayo de Cirugía en el año 1989. Allí pudo explicar las actividades que debe llevar a cabo un cirujano general en las zonas rurales y, de alguna manera, reclamar la inclusión del tema en los eventos científicos. Hoy tenemos esa oportunidad tan esperada.

Fueron numerosas las actividades desempeñadas en los pequeños pueblos, sin los elementos necesarios, en soledad o acompañados por un asistente, haciendo su propia anestesia y actuando algunas veces en forma itinerante.

La intención del relato no es anunciar las prácticas de cada uno de ellos ni las personales; las conocemos porque experimentamos las mismas vivencias en la variedad y complejidad de las patologías que han tratado, cómo y con qué lo hicieron.

En muchos casos se enfrentaron a los problemas sin una formación quirúrgica como la actual. Este es el hecho que es necesario destacar: “antes sin nada y con lo que se podía” y ahora con todo lo que se ofrece en materia instructiva.

Ese tipo de desafío fue tomado en aquella época con actitud y sentido de pertenencia, lo que Ben Eisman¹ llamó entusiasmo intelectual y orgullo personal, y este es el mensaje que intenta transmitir nuestro relato.

De las referencias obtenidas en la bibliografía internacional y considerando la extensión y los antecedentes demográficos de nuestro país, fue necesario buscar un nuevo límite poblacional rural, adecuándolo al estudio y las circunstancias que estamos investigando.

Creímos conveniente fijar la demarcación hasta un máximo de 50.000 habitantes, cifra que a nuestro entender engloba la mayoría de las ciudades y comunidades rurales, alejadas de las principales ciudades y en donde los cirujanos, además de enfrentar la problemática diaria, desempeñan gradualmente sus tareas.

Reconocemos que existen diferencias entre las poblaciones rurales, de forma tal que las subdividimos en poblaciones rurales propiamente dichas, con menos de 2.000 habitantes, pequeñas hasta 10.000 habitantes y grandes, las que alcanzan los 50.000 habitantes. (Cuadro 2)

CUADRO 2
Clasificación de las ciudades rurales según la cantidad de habitantes

Propiamente dicha habitantes	Pequeña habitantes	Grande habitantes
0 a 2.000	2.001 a 10.000	10.001 a 50.000

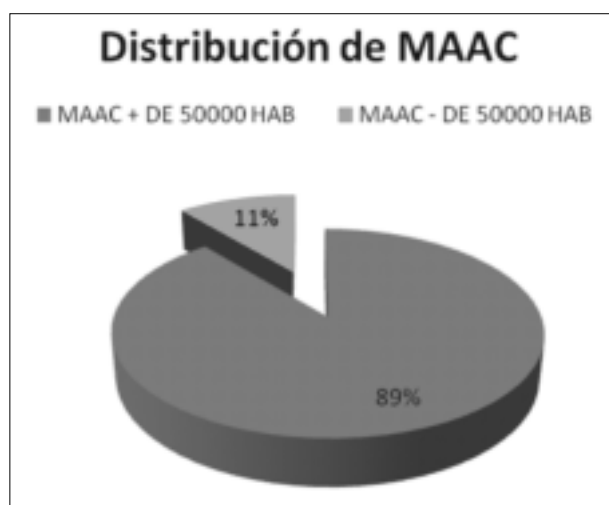


FIGURA 9
Porcentaje de MAAC en poblaciones de menos y de más de 50.000 habitantes

Cabe aclarar también que los socios activos de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) suman 4.231, de los cuales 462 (10,92%) están radicados en ciudades de menos de 50.000 habitantes (Fig. 9).

Esta situación nos orientó a confeccionar una encuesta, con algunos ítems que consideramos significativos y que nos acercan a la realidad que estamos buscando: saber quiénes son actualmente los cirujanos que ejercen en esas ciudades y en qué circunstancias desarrollan sus acciones. Al mismo tiempo, hicimos un estudio de terreno en ciudades del centro de la Provincia de Buenos Aires visitando los centros asistenciales y entrevistando directamente a sus cirujanos. El propósito era observar un modelo que expresara veracidad y que se aproximara a los fines buscados del relato, una muestra más fehaciente del tipo de cirugía que se realiza en esas áreas.

El tema reveló cierta complejidad y tuvimos dificultades para recabar datos; la mayoría de los

cirujanos que contestaron residen en ciudades con mayor núcleo poblacional, por lo tanto, la muestra no resultaba indicadora de los objetivos que perseguíamos.

A pesar de ello, nos pareció interesante considerarlas con la intención de establecer comparaciones que analizaremos oportunamente.

La encuesta (anexo 1) fue entregada y enviada por diferentes medios a todo el país y durante un año estuvo publicada en la página web de la AAC. De cualquier manera, sólo han contestado 272 colegas, 126 de los cuales (46,32%) pertenecen al medio rural. Del total, hallamos 188 MAAC (4,44% del padrón), 74 de ellos (39,36%) ejercen en esas zonas. Es decir que la respuesta constituye el 16% de los MAAC que están radicados en ciudades de menos de 50.000 habitantes, una muestra poco representativa respecto de la cantidad de cirujanos.

Lamentamos no contar con mayores datos para enriquecer el contenido; aún así, agradecemos profundamente los recibidos, de los cuales surgieron las siguientes conclusiones:

4.1 ENCUESTA A LOS CIRUJANOS

La muestra recibida corresponde a 64 ciudades que tienen entre 10.000 y 50.000 habitantes, es decir, el 28,19% de las 227 reconocidas. En la Fig. 10 se muestra la distribución de los 126 cirujanos que contestaron la encuesta.

Sin duda, nos resulta imposible confirmar si hay más cirujanos trabajando en cada una de esas ciudades, si bien han contestado un mayor número de

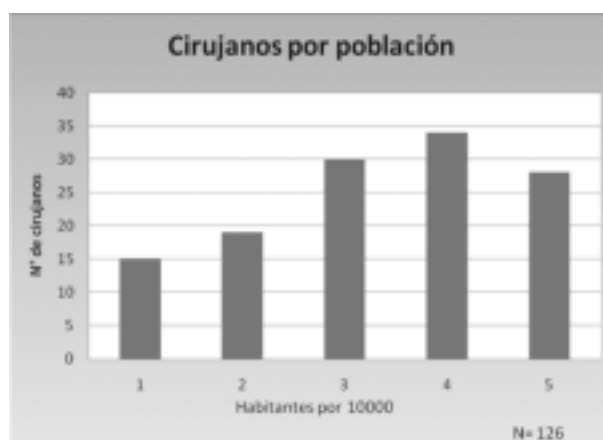


FIGURA 10
Distribución de los cirujanos en ciudades de menos de 50.000 habitantes

CUADRO 3
Distribución de los cirujanos de ciudades de menos de 50.000 habitantes (n: 126)

N° de cirujanos	N° de ciudades	N° de habitantes
15	11	10.000
19	15	20.000
30	16	30.000
34	12	40.000
28	10	50.000

ellos de poblaciones de 40.000 y 30.000 habitantes (26,98% y 23,8% respectivamente) y sólo un 11,90% de ciudades con 10.000 habitantes.

En la Fig. 11 se muestra que la mayoría de los cirujanos que contestaron tienen más de veinte años de ejercicio en la especialidad, lo que resulta un problema a futuro, como veremos más adelante, similar a lo que está ocurriendo en los Estados Unidos, Canadá y Europa.

En las Figs. 11 a 28 pueden verse los datos referentes a los demás ítems de la encuesta.

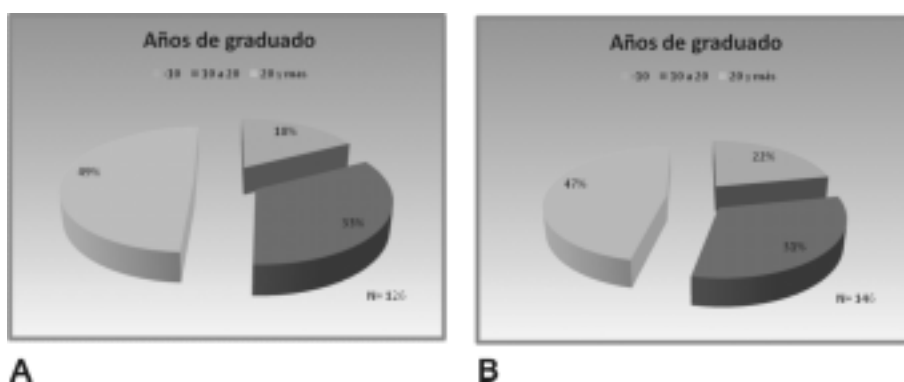


FIGURA 11
Distribución de los cirujanos por años de graduado en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

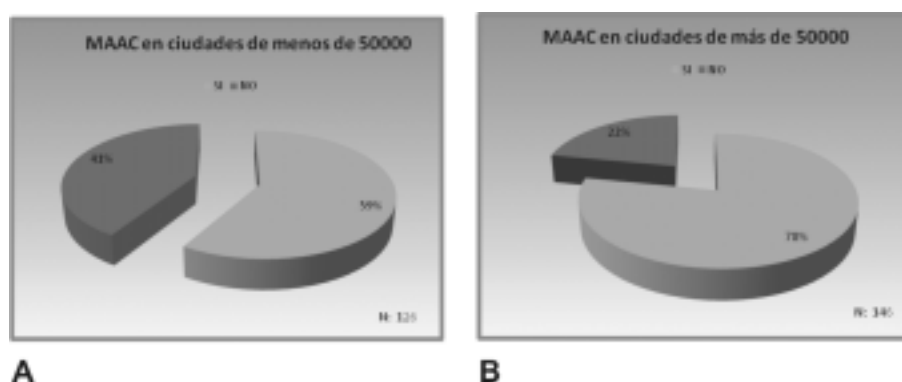


FIGURA 12
Porcentajes de MAAC en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

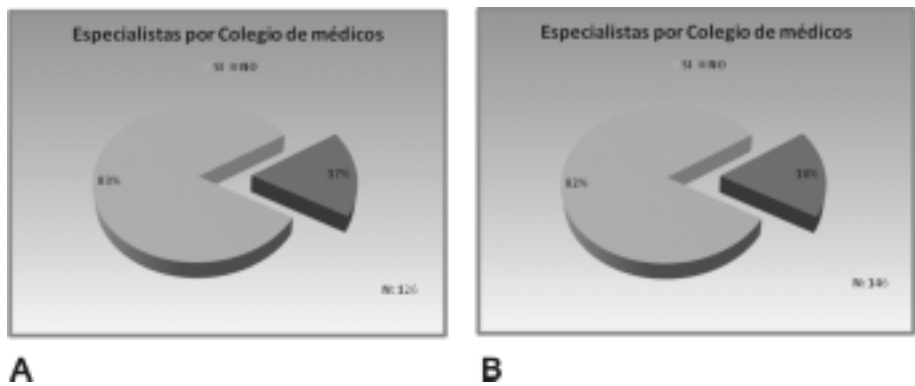


FIGURA 13
Porcentaje de especialistas en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

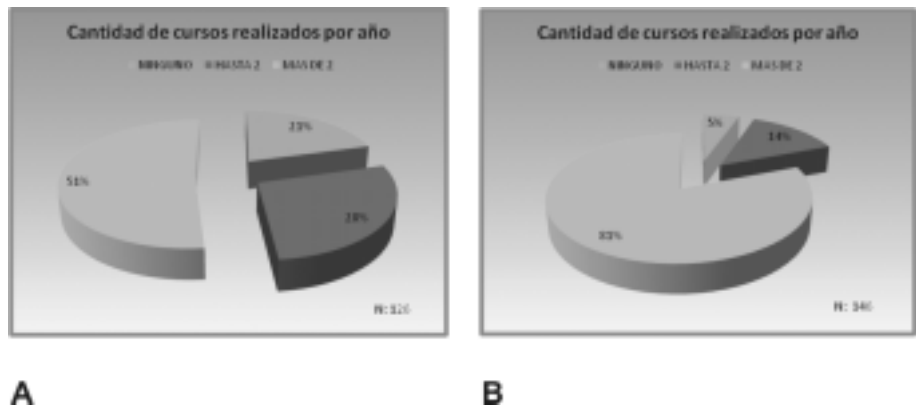


FIGURA 14
Porcentajes de cursos realizados por cirujanos en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

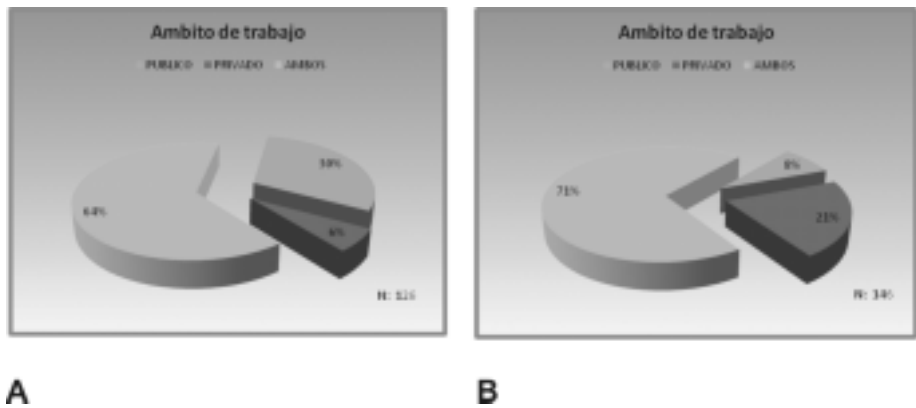


FIGURA 15
Distribución porcentual del ámbito de trabajo en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

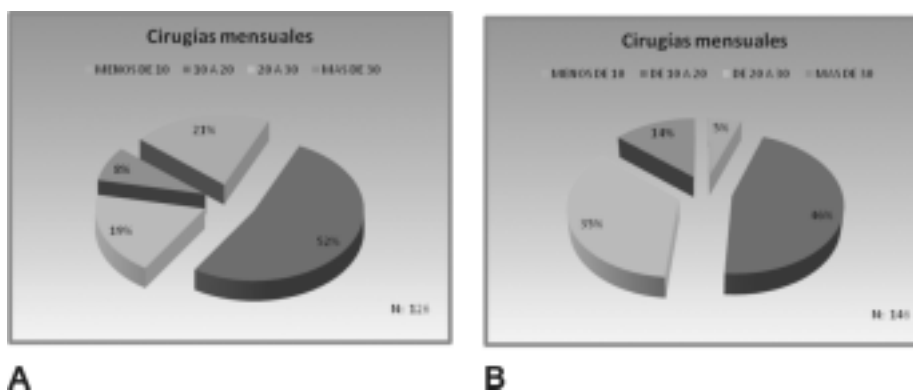


FIGURA 16
Porcentaje del caudal quirúrgico en poblaciones de menos (A)
y de más (B) de 50.000 habitantes

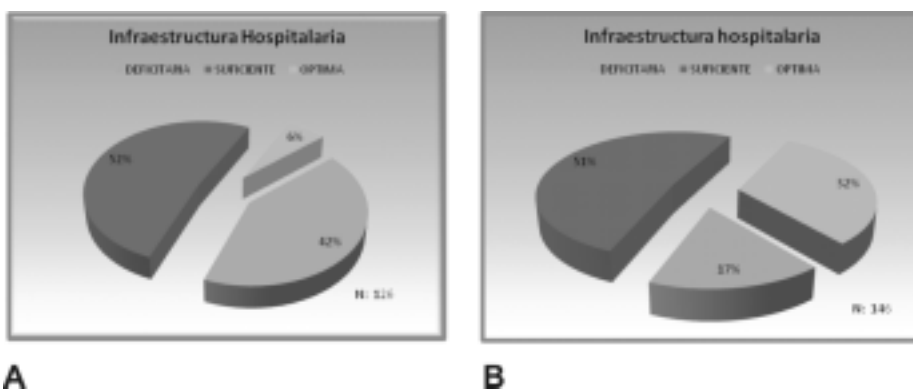


FIGURA 17
Calidad de la infraestructura hospitalaria según los usuarios, en poblaciones de menos (A)
y de más (B) de 50.000 habitantes

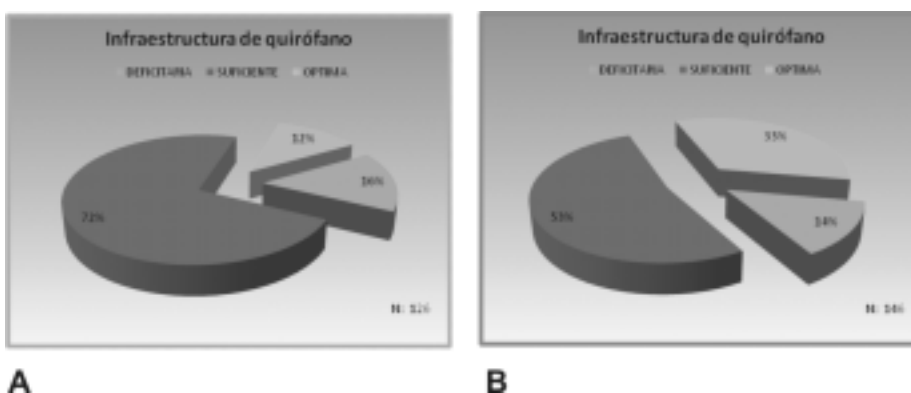


FIGURA 18
Calidad de la infraestructura de quirófanos según los usuarios en poblaciones de menos (A)
y de más (B) de 50.000 habitantes

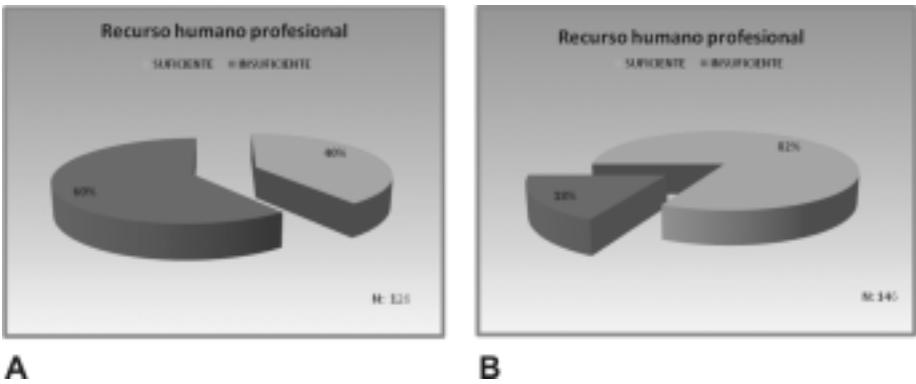


FIGURA 19
Recurso humano profesional en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

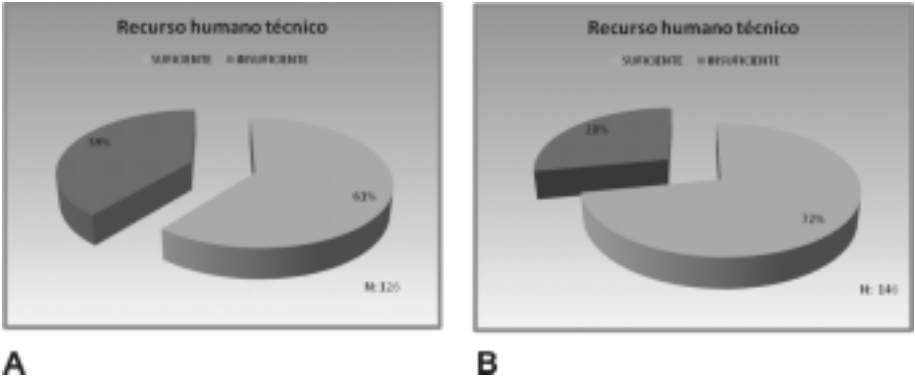


FIGURA 20
Recurso humano técnico en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

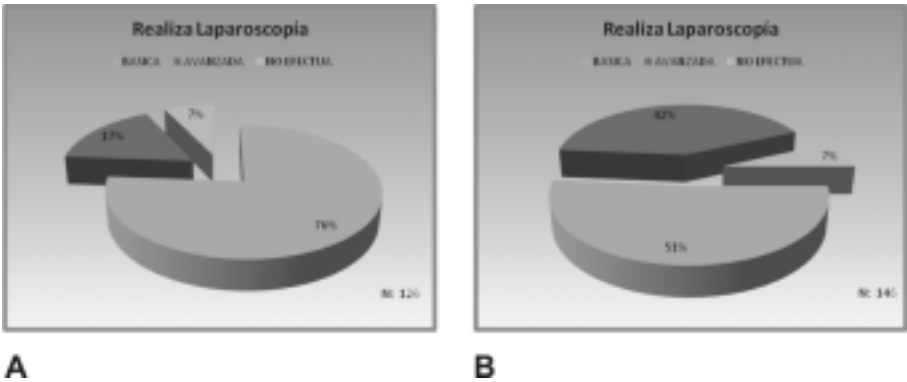


FIGURA 21
Calidad de la cirugía laparoscópica realizadas en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

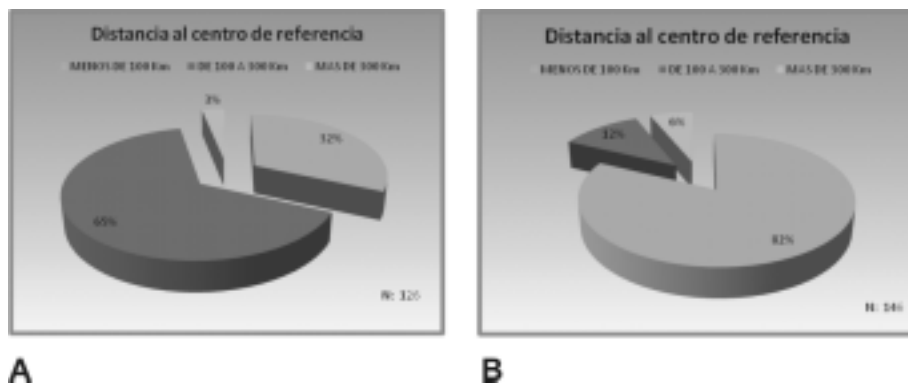


FIGURA 22

Distancia al centro de referencia (en porcentaje) en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

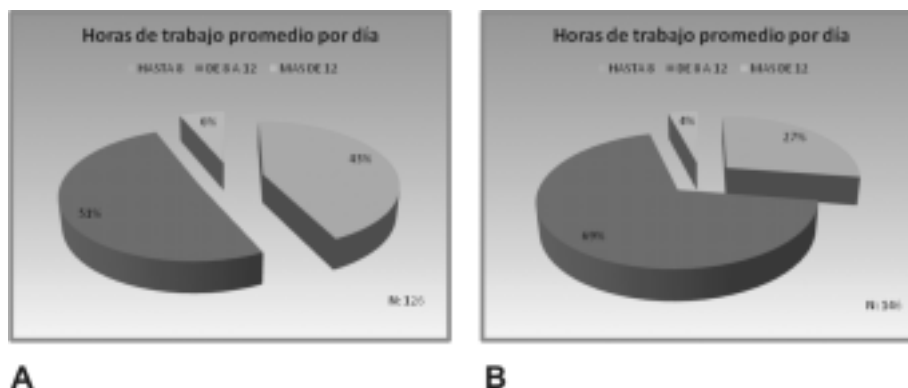


FIGURA 23

Porcentaje de las horas promedio de trabajo por día de los cirujanos en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

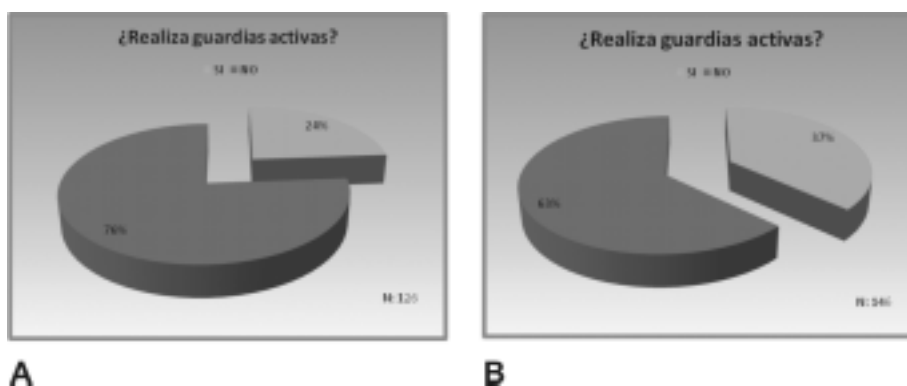


FIGURA 24

Porcentaje de encuestados que realiza guardias activas en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

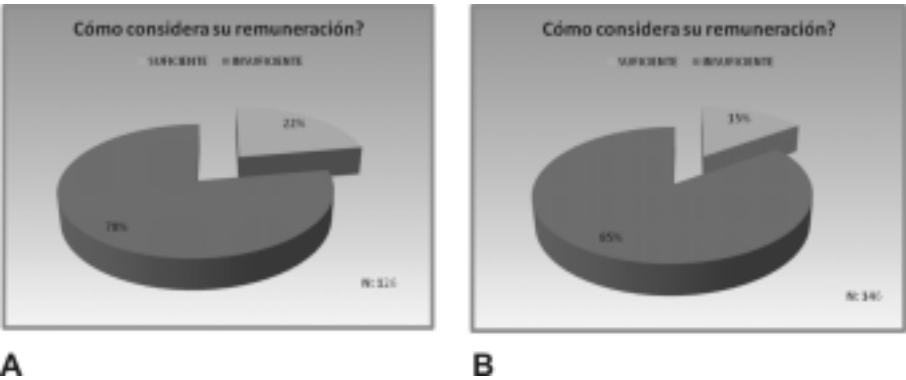


FIGURA 25
Consideración acerca de la remuneración en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

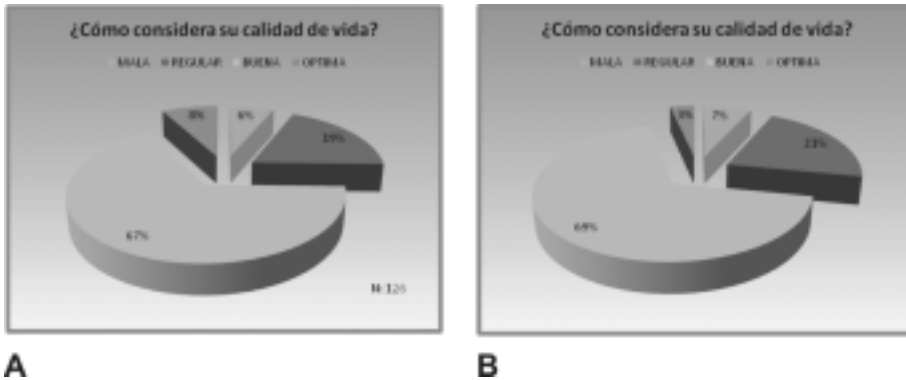


FIGURA 26
Consideración de calidad de vida de los cirujanos en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

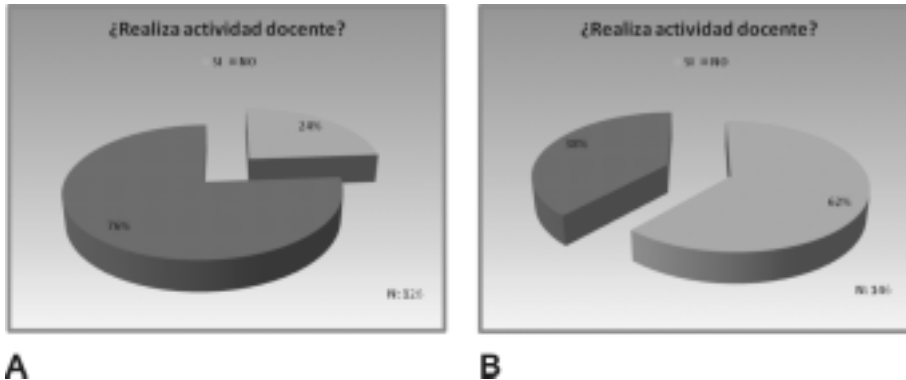


FIGURA 27
Porcentaje que realizan actividad docente en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes

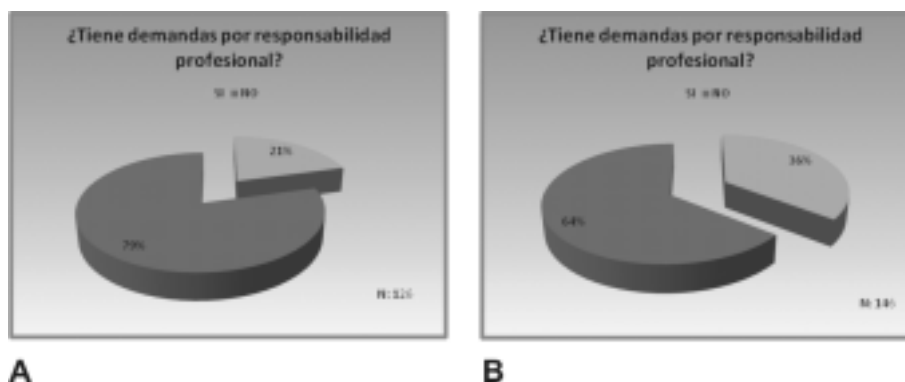


FIGURA 28

Porcentaje de demandados en poblaciones de menos (A) y de más (B) de 50.000 habitantes



FIGURA 29

Distribución por sexo de los encuestados a nivel nacional

4.2 RESUMEN DE LA ENCUESTA

4.3 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A LOS CIRUJANOS

Las diferencias que marcan contrastes significativos son las que analizamos a continuación y tienen las explicaciones que ya nos imaginábamos.

El 81% de los cirujanos urbanos tienen más oportunidades para concurrir a cursos y congresos, y de incrementar así su educación médica continua. Sin embargo, el 51% que vive en ciudades intermedias y pequeñas ha logrado asistir a dos o más reuniones científicas en un año.

Consideramos que a pesar de los aportes de la tecnología y las comunicaciones en relación con la educación médica continua, esta es un factor primordial en el momento de elegir un destino rural para trabajar. No obstante las experiencias presenciales, aún no han sido superadas como metodología de aprendizaje. En este contexto, resulta dificultoso ausentarse algunos días del lugar de residencia, sobre todo en aquellos casos en los que el interesado es el único cirujano del pueblo debido, entre otros factores, a la escasez de reemplazos.

La escasez de recurso humano profesional (no quirúrgico) es un problema evidente. La encuesta arrojó un 62% contra 18% en el medio urbano; en nuestro recorrido por las ciudades del centro de la Provincia de Buenos Aires registramos que los requerimientos quirúrgicos esenciales cumplen con las expectativas de la comunidad; por lo tanto, creemos que el déficit pasa por otros servicios.

Las especialidades críticas siguen existiendo en el país y mucho más en el interior de las provincias. Anestesia, terapia intensiva, infectología, cardiología, hematología, etc., y algunos profesionales de apoyo como kinesiólogos, nutricionistas y enfermeros profesionales son recursos necesarios cuando se persigue el éxito asistencial completo del paciente.

Seguramente que las causas son atendibles, considerando que son especialidades que necesitan un flujo constante de pacientes para su desarrollo y en las comunidades pequeñas el mismo es variable.

CUADRO 4
Resultados de la encuesta

Variables	Cirujano rural (%)	Cirujano urbano (%)
Total de cirujanos que contestaron	<i>n</i> = 126 (46,32)	<i>n</i> = 146 (53,68)
Más de 20 años de graduado	49	47
Menos de 20 años de graduado	51	53
Es MAAC	59	78
Especialista Colegio Médico	83	82
Hace más de dos cursos/año	51	81
Hace menos de dos cursos/año	49	19
Sólo trabaja en el hospital	30	8
Sólo trabaja en privado	6	21
Trabaja en público y privado	64	71
Realiza menos de 10 cirugías/mes	21	5
De 10 a 20 cirugías/mes	52	46
Más de 20 cirugías/mes	27	49
Infraestructura hospitalaria óptima	6	32
Infraestructura hospitalaria suficiente	52	51
Infraestructura hospitalaria insuficiente	42	17
Infraestructura del quirófano insuficiente	16	14
Infraestructura del quirófano suficiente	72	53
Infraestructura del quirófano óptima	12	33
Recurso humano profesional suficiente	40	82
Recurso humano profesional insuficiente	60	18
Recurso humano técnico suficiente	61	72
Recurso humano técnico insuficiente	39	28
Realiza laparoscopia básica	76	51
Realiza laparoscopia avanzada	17	42
No realiza laparoscopia	7	7
Distancia a centro de referencia 100 km	32	82
Distancia a centro de referencia entre 100 y 300 km	65	12
Distancia a centro de referencia más de 300 km	3	6
Horas de trabajo promedio menos de 8/día	43	27
Horas de trabajo promedio de 8 a 12/día	51	69
Horas de trabajo promedio más de 12/día	6	4
Realiza guardias activas	24	37
No realiza guardias activas	76	63
Considera suficiente su remuneración	22	15
Considera insuficiente su remuneración	78	85
Considera su calidad de vida mala	6	7
Considera su calidad de vida regular	19	21
Considera su calidad de vida buena	67	69
Considera su calidad de vida óptima	8	3
Realiza actividad docente	24	62
No realiza actividad docente	76	38
Tiene demandas por responsabilidad profesional	21	36
No tiene demandas por responsabilidad profesional	79	64

Con respecto a la actividad docente, no llama la atención que el cirujano urbano la desarrolle con mayor asiduidad, debido a que los centros de enseñanza se ubican en las grandes

ciudades. A pesar de ello, un 24% de los cirujanos rurales desempeñan esta actividad, muchas veces desplazándose a centros urbanos vecinos de referencia, lo que significa un esfuerzo en

tiempo y dinero considerable y digno de destacar.

Como cabía esperar, la insuficiencia de infraestructura hospitalaria en las ciudades de menos de 50.000 habitantes fue mayoritaria. La muestra reveló un 42% en el ámbito rural, contra un 17%; probablemente la falta de inversión de algunos gobiernos municipales o provinciales, sumada a la escasez de recurso humano calificado, justifique esta diferencia.

En relación con las cirugías laparoscópicas avanzadas, la menor frecuencia detectada en el medio rural puede obedecer a una menor capacitación médica, acompañada por el menor número de casos y la prolongada curva de aprendizaje.

4.4 ESTEREOTIPO DEL CIRUJANO GENERAL QUE ACTÚA EN ZONA RURAL

Ser cirujano en una de estas localidades tiene matices que lo diferencian notoriamente del cirujano de la gran urbe.

En un intento por resumir estas diferencias, empezaremos con la primera, que es la decisión de establecerse en un medio que puede ser desconocido y que resultará distinto de aquél donde se formó.

La adaptación al entorno social y laboral suele ser difícil y muy complicada desde el inicio; en algunos casos, el grupo familiar es arrastrado a tales circunstancias, lo cual no es un tema menor.

En cuanto a la calidad de vida, la encuesta mostró cifras semejantes. Heneghan³⁰ en su estudio, tampoco halló diferencias significativas. Las variables que cada grupo consignó al respecto presentaron mínimas discrepancias.

En este punto es necesario destacar que cuanto mayor es la calidad de vida mejor será el bienestar del médico. Esto no sólo beneficia al médico en particular, sino que también es vital para brindar prestaciones de salud de alta calidad. Cuando los médicos no están bien, su desempeño en la atención del sistema de salud puede declinar.

La evaluación del bienestar médico como indicador de la calidad de la atención de salud es sólo el primer paso. Es necesario prestar más atención a la importancia que tiene el bienestar médico, individual y organizativo.

Estos esfuerzos redundarán en beneficio de su bienestar general y reducirán la posibilidad de que los médicos, y en particular los cirujanos, experi-

menten un sentimiento exagerado de estrés y agotamiento⁶⁹.

Desde el momento en que se instale, será visto como un competidor acérrimo; tendrá que conducirse con humildad, sentido común y ética en todas sus actitudes profesionales.

Como actor fundamental en la vida de la comunidad, será observado, examinado y, a veces, hasta juzgado no sólo por los colegas sino por la comunidad toda, que probablemente será implacable ante el menor error o mal resultado, o bien puede elevarlo al grado de semidiós por sólo hacer lo que corresponde en tiempo y forma.

Uno de los principales pilares de la atención médica es, sin lugar a dudas, la relación médico-paciente-familia, que tiene una armonía muy particular en este tipo de poblaciones, casi familiar, no usual en las grandes ciudades. Tal vez estas características impliquen un grado de responsabilidad un tanto mayor, con una atención más personalizada, y por eso al cirujano todavía se lo vea de una manera distinta.

No le será fácil al principio conseguir tiempo para dedicarse a otras actividades, a las que a veces tendrá que renunciar, aunque sea para asistir a una reunión científica. Si esta situación se repite en forma reiterada puede llevarlo a la sensación de reclusión y alejamiento profesional, suceso poco favorable para un cirujano.

Este aislamiento torna difícil el quehacer quirúrgico, pero no debería ser permanente y eso depende de uno mismo; los medios actuales de comunicación han resuelto en gran parte este problema.

La aparición de Internet ha abierto enormes posibilidades y en tiempo real. Los países más desarrollados utilizan la telemedicina para el intercambio de información e investigación; para la educación médica continua; y para el diagnóstico, tratamiento y prevención de diversas patologías.

Numerosos autores señalan que esta técnica podría ser especialmente útil para mejorar la calidad de atención en las zonas rurales, ya que crea mayores incentivos para que los profesionales se radiquen en estas áreas y reduce en gran parte la derivación de pacientes hacia las grandes ciudades.

En la Provincia del Chaco se está llevando a cabo un plan para incorporar esta tecnología, lo que les permitirá a los médicos rurales interactuar con los especialistas de los grandes centros, efectuar consultas o solicitar asistencia. El propósito es coordinado por la Facultad de Medicina de la Uni-

versidad del Nordeste y la Agencia Nacional para la Promoción de la Investigación Científica y Tecnológica⁶⁶.

En la actualidad la AAC, a través de la Comisión de cirugía mínimamente invasiva está realizando los ateneos federales, en formato interactivo, en colaboración con una empresa de medicina prepaga y recientemente ha comenzado el dictado del curso anual de cirugía vía internet.

La implementación de proyectos de esta naturaleza permitirá abrir nuevos horizontes para los cirujanos, con perspectivas más alentadoras, mayor acompañamiento y respaldo en las conductas, y orientación en el manejo de ciertas patologías.

No obstante, en muchas ocasiones enfrentará problemas, como quedó demostrado en la encuesta: ausencia o escasez de insumos hospitalarios y de ayudantes; infraestructura hospitalaria deficiente a pesar de contar con un área quirúrgica apta; inadecuada formación y entrenamiento del personal, a veces empírico; déficit de recurso humano médico.

Debido a su dedicación, capacidad y habilidad quirúrgica será motivo de consulta sobre las patologías más variadas. De ahí que su formación deba desarrollarse en lo cuantitativo y lo cualitativo, tratando de incluir prácticas de todas las especialidades quirúrgicas.

Por su sistemática de trabajo y capacidad organizativa, en ocasiones deberá opinar y actuar, además, como otro agente sanitario y participar en tareas de prevención de patologías prevalentes conjuntamente con el área de acción social.

Deberá tener muy claros, y transmitirlos a otros colegas, los conceptos de bioética; en este siglo prevalece la autonomía del paciente, que es su único dueño, y después la familia; debe aceptar el compromiso de aconsejar e indicar lo mejor para el enfermo y su entorno⁸.

Tendrá que afrontar en algunos casos la impericia o el desinterés de las autoridades de salud, estatal o privada, como ocurre en la gran ciudad, para incorporar recurso humano capacitado; discutir sobre planes de salud desacertados; hacer notar la falta de previsión y escasa logística, especialmente en las derivaciones a centros de mayor complejidad; destacar las dificultades en el momento de necesitar una segunda opinión u opinión especializada; subrayar los magros salarios públicos o las insuficientes remuneraciones en el ámbito privado, etc.

En este tipo de comunidades los problemas son más notorios, requieren soluciones inmediatas y este contexto representa la cruda realidad que debe resistir el cirujano y para la cual seguramente no fue instruido, en especial si trata de generar cambios de fondo en el ámbito institucional.

La cuestión económica es un capítulo aparte del que no se puede estar ausente. Es el argumento que preocupa a todos los integrantes del mundo de la sanidad y, de alguna manera, constituye uno de los ejes principales del contenido de este relato.

La información proveniente de los países que investigamos habla a las claras sobre el tema; el recurso financiero estipulado en el ámbito profesional se ha transformado, desde hace algunas décadas, en el principal actor dentro de la esfera sanitaria.

Algunos países están más organizados que otros desde el punto de vista administrativo y contable, pero hay problemas comunes a todos ellos, como sucede en los Estados Unidos y Canadá, donde pese a elevar los montos de contratación para atraer a los profesionales a que se radiquen en las zonas rurales, no se ha logrado cumplir ese propósito^{16, 35}.

Los sucesos señalados son para todo el mundo igual y persiguen los mismos objetivos: mejorar la calidad de la prestación, favorecer el recambio generacional gradual, facilitar el acuerdo con los profesionales, proporcionar inserción laboral definitiva, etc.

A pesar de los conflictos en materia financiera, los programas en distintos países están en marcha, se cumplen en gran medida, son planes dinámicos y de acuerdo con los acontecimientos pueden estar sujetos a cambios, pero es evidente que hay una decisión política para llevar adelante esta tarea. El concepto de cirujano rural como especialista existe desde hace años en muchos países que entendieron la necesidad de prepararlo, pero no alcanza sólo con la persona, sino que debe ir acompañado de un contexto que permita el desarrollo de la cirugía convenida y para eso es indispensable hacer las inversiones necesarias.

Ya señalamos que un cirujano rural en los Estados Unidos tiene un ingreso mensual de 14.166 dólares, mientras que uno urbano cobra 16.666 dólares. Esto demuestra que el objetivo final buscado por la Oficina Federal de Política de Salud Rural es atraer al profesional con una propuesta

financiera considerable, con mínima diferencia de la de su par urbano, para que se establezca definitivamente y desempeñe su actividad en las zonas rurales^{30, 63}.

Recordemos, además, que en los Estados Unidos el 83% de los administradores apoyan el programa de cirugía en el hospital rural, por considerarlo muy importante desde el punto de vista económico; su implementación permite el impulso y puesta en marcha de otros servicios, como radiología, laboratorio, farmacia, internación y administración⁵³.

4.5. LA REALIDAD EN NUESTRO PAÍS

En la actualidad no podemos afirmar dónde se halla la República Argentina en este tema. Estamos muy lejos de los países desarrollados, pero es obvio que no tenemos las dificultades de la India o de algún país africano; sin embargo, sería conveniente reproducir algunas estrategias de los países que están a la vanguardia en esta materia, a fin de dotar de cirujanos formados a las poblaciones intermedias.

Hay que generar motivaciones que atraigan a los jóvenes cirujanos a establecerse en el interior, que van desde lo económico hasta lo profesional, sin que tomen este trabajo como algo transitorio. Para ello seguramente será necesario explicar, discutir y negociar con los políticos o los administradores de turno.

Como ya dijimos, la mayoría de los cirujanos del interior que contestaron nuestra encuesta tienen más de veinte años de profesión y el recambio a futuro generará serios problemas.

Por otra parte, en la actualidad se asiste a una feminización de la medicina, con casi un 80% de mujeres en el alumnado de algunos centros, sumado a un menor interés por los estudiantes para ocupar las vacantes en las residencias de cirugía y a una creciente tendencia a la superespecialización. Estos sucesos forman una combinación perfecta donde peligra la mano de obra que necesariamente reemplazará a los actuales cirujanos¹⁸.

No obstante, y a pesar de todo, recordemos que nuestro país tiene poco más del 10% de la población en áreas rurales, que el 80% vive en las grandes ciudades y que sumadas representan el 1% del territorio nacional, de modo que cabe preguntarnos ¿es necesario formar cirujanos que dominen áreas de conocimiento como sus pares de los Estados Unidos o Canadá?

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación, pensamos que sí. La propuesta del programa de la AAC 2009, cumple con los requisitos necesarios para la formación de un cirujano general integral. Sin embargo no es llevada a cabo en su totalidad, dado los resultados obtenidos en la encuesta.

La formación quirúrgica hoy en día, aborda menos áreas quirúrgicas que hace 30 años, por lo que como veremos más adelante, crea incertidumbre y temor en los jóvenes cirujanos al momento de aceptar un puesto de trabajo en poblaciones intermedias.

En estos países no es raro encontrar hospitales de 70 camas, con tecnología de punta en poblaciones de 12.000 habitantes, asistidos por telemedicina y con la ayuda de programas que exigen rotaciones obligatorias de los residentes⁶³.

Nuestro territorio también tiene aspectos que marcan diferencias claras. Por un lado, hay que considerar las provincias de Córdoba, Santa Fe y Buenos Aires; en los primeros cinco distritos de esta última se concentran 31.106 profesionales, el 78,82% de la totalidad de la provincia (censo 2002)¹³, con ciudades importantes regularmente distribuidas, a no más de 60 a 120 minutos de distancia por carretera de centros con mayores posibilidades para resolver las patologías más complejas.

El escenario no es el mismo en la Patagonia, en el Litoral o en el Noroeste, por nombrar algunos ejemplos, donde los trayectos son más amplios o existen limitaciones, muchas veces impuestas por la naturaleza en determinadas épocas del año.

Los contrastes surgen, además, cuando analizamos la cantidad de médicos por habitante y su distribución. La Argentina es uno de los países con mayor número de médicos por habitante en el mundo: 330 habitantes por médico. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 86 habitantes por médico y el Chaco, con casi 1.000 habitantes por médico^{40, 61}.

Sin lugar a dudas, este mapa heterogéneo marca las dificultades en la atención y la distribución de los recursos asistenciales de todo tipo: humanos, tecnológicos, económicos, etc., "unos por mucho y otros por poco o nada".

Tal vez deberíamos buscar un profesional cuya formación se adecue a lo que nuestro país tiene y necesita. Esta acción interesa a todos los actores: Estado, universidades, asociaciones científicas, Colegios médicos; lamentablemente, no tenemos conocimiento de que algo de esto se esté llevando a cabo.

Todos los países que investigamos han logrado o lograrán, de alguna manera, diseñar programas de cirugía rural, algunos a través de médicos generalistas con perfil quirúrgico y otros con cirujanos generales.

Su inserción en el medio no ha sido ni será fácil, pero es indudable que existe absoluta aprobación y compromiso por parte de las autoridades sanitarias.

En nuestro caso, deberíamos observar y conocer cuáles son las inquietudes y los objetivos de la salud pública en el país.

A modo de resumen, expresamos los conceptos de Cariello¹³ quien ilustra el desarrollo histórico del sector de salud durante el siglo pasado y señala los diferentes periodos en los que se pueden apreciar los distintos modelos por los que atravesó el sistema. Destaca las características del subsector público, impulsado a fines de 1940, y hace hincapié en el derecho a la salud, garantizado por la Constitución Nacional y en el que se enuncia la cobertura global y completa a toda la población.

En su explicación menciona la estrategia de descentralización y autonomía establecida por el Estado, que determinó el traspaso de instituciones sanitarias al ámbito provincial y municipal, lo que provocó una franca disminución en el número de camas disponibles, sumado a un sustancial déficit presupuestario.

Esto debería ser un compromiso recuperable por los gobiernos provinciales y comunales, teniendo en cuenta que descentralizando algunos procedimientos asistenciales básicos se logra responder a una demanda contenida, sobre todo en las poblaciones intermedias.

Es obvio que para poner en marcha un programa de esta naturaleza es imprescindible realizar un estudio para saber cuáles son esas necesidades y establecer si se pueden llevar cabo, garantizando un servicio adecuado.

Hace años que el sector de salud atraviesa en nuestro país una situación crítica, acorde con las crisis económicas; ya en el año 2001 el contexto era realmente desalentador y arrastraba un desmoronamiento que comenzó en 1990 y que estaba relacionado, sobre todo, con la falta de empleo.

La desocupación y el subempleo son situaciones que gravitan en el ámbito médico asistencial, con un franco aumento sobre el hospital público, que ha sido perjudicado como consecuencia

del recorte en la coparticipación nacional y provincial, con gran limitación en el presupuesto hospitalario.

Los economistas ponen énfasis en un mayor desarrollo regional como solución al proceso de concentración poblacional, pero también señalan como responsable al sistema tributario, muy especialmente la coparticipación federal de los impuestos, que perjudica al interior del país¹¹. En este sentido, ya deberíamos reconocer sin ambages que la Argentina tiene muy poco o nada de federalismo y mucho más de país unitario.

Este deterioro anunciado por las circunstancias, sumado a la fuerte demanda de servicios hospitalarios, ha generado innumerables problemas en la atención médica de todo tipo.

En la actualidad, el conflicto socioeconómico, agudizado por acontecimientos no muy diferentes de los del pasado, ha afectado una vez más al campo y, por ende, al sector que nos ocupa. Vuelven a verse la recesión, el desempleo, la desocupación y la subocupación, que gravitan reiteradamente sobre el sistema de salud en las áreas más necesitadas.

El célebre cálculo de costo-beneficio recorre hoy los congresos de todas las especialidades médicas y es la táctica en la que se basan quienes dirigen la administración hospitalaria.

Dice Manrique⁴⁰ desde la óptica económica que el racionamiento es válido para ahorrar recursos; en lo social es razonable cuando se lo asigna para asistir a un mayor número de pacientes, con mejor calidad prestacional.

Cuando se derivan fondos para otras partidas y se pretende gastar menos en salud, se pierde la visión social y se viola uno de los cimientos del pronunciado derecho a la salud.

Las políticas sanitarias en la actualidad son improvisaciones del poder de turno; asistimos diariamente a un concierto de desigualdades regionales, falta de presupuesto, gastos sin control, desorden en la distribución del recurso humano y tecnológico, cuya manifestación palpable es la escasa atención médica en general y la falta de acceso a los cuidados quirúrgicos en particular.

Hablamos de 4,5 millones de personas que viven en ciudades de menos de 50.000 habitantes que, de mantenerse estas políticas, quedarán sin atención quirúrgica suficiente en diez años, dado que la mayoría de los cirujanos que contestaron la encuesta tienen más de veinte años de gradua-

dos y para entonces estarán jubilados. Se impone, por lo tanto, poner en marcha un plan estratégico, que forme cirujanos generales con orientación al medio rural y que dominen un amplio abanico de prácticas quirúrgicas y endoscópicas, como solución a este potencial problema^{34, 48}.

El horizonte es negro, la tempestad amenaza; trabajemos.

Este es el único remedio para el mal del siglo.

ANDRÉ MAUROIS (1885-1967)

CAPÍTULO 5

LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL EN LA ARGENTINA

Comenzaremos esta síntesis histórica a partir de la creación, en 1951, de la residencia en cirugía en el Hospital Aráoz Alfaro de Lanús, bajo la dirección de Augusto Moreno, que se extendió hasta 1955.

Las acciones de Mario Brea y Andrés Santas, en 1957, dan inicio a las residencias en el Hospital Durand; desde entonces se introdujeron diversas modificaciones sobre las formas de asesorarlas y evaluarlas.

En 1967 se crea el CONAREME, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, el cual es disuelto en 1973.

En 1978 se aprueba la ley para la creación del Consejo Nacional de Residencias de la Salud. Los conflictos de intereses sectoriales fueron uno de los principales obstáculos para su continuidad.

En diferentes reuniones científicas se reclamaba la inexistencia de programas actualizados y de entidades que realizaran la evaluación. A pesar de sancionar y promulgar una ley para tal fin, sus objetivos nunca se llevaron a la práctica porque no fue reglamentada, con lo que se perdió la posibilidad de contar con un Ente regulador y fiscalizador del sistema^{13, 59, 61}.

La responsabilidad en esta materia fue asumida entonces por las sociedades científicas. En este contexto, la AAC instrumentó la creación de la Subcomisión de Residencias en Cirugía, proponiendo un modelo que debía reunir una serie de requisitos:

- formación médica integral
- supervisión adecuada
- dedicación exclusiva
- experiencia personal intensiva, en plazos pre-fijados
- responsabilidad progresiva por parte del educando⁵⁹.

El análisis sobre el total de egresados de la Facultad de Medicina, la cantidad de residencias quirúrgicas acreditadas o no, las concurrencias, el número de vacantes y postulantes, los programas sobre los cuales se fundamentan ambos sistemas, etc., excedería en mucho los objetivos de este relato; sin embargo, son temas que preocupan, en especial a la hora de discutir sobre una adecuada formación y política sanitaria, teniendo en cuenta las necesidades que se requieren en diferentes zonas del país.

Schijvarger⁶¹, primero en 2004 y un año después, en la 91^{ra} reunión anual del *American College of Surgeons*, en San Francisco⁶², realizó un profundo estudio acerca de la formación del cirujano.

En primera instancia da a conocer la cantidad de médicos en la Argentina: 130.000 (1 cada 330 habitantes), con un crecimiento anual del 5%, cuando la población crece 1,5%, de modo que para el año 2178 todos los argentinos seremos médicos. Esta situación deja ver la mala distribución de los cirujanos en el país, con franca inclinación hacia las grandes ciudades.

Presenta los sistemas formativos en cirugía, con las residencias como principal opción, con 240

plazas disponibles y una cantidad de aspirantes de los que ingresa escasamente el 25%.

Expone las diferentes características que deberían tener las residencias en cirugía general, cuál es el perfil necesario del posgraduado, los objetivos educativos, la actividad quirúrgica, la carga horaria, el régimen de trabajo y el tiempo que dura el período de formación.

Muestra las alternativas instructivas del mercado ante la imposibilidad de acceder a una residencia, como son las concurrencias, los cursos de especialización, las pasantías, etc., con su correspondiente horario, la planificación del aprendizaje y la calidad del producto según el medio que lo ha formado, dando a entender, a su vez, que existen notables diferencias.

Explica cuáles son los verdaderos problemas que inquietan en la educación médica de posgrado, las diferencias en el modelo de formación, la inexistencia de un Ente nacional que evalúe y controle el aprendizaje, la distorsión geográfica y numérica de los cirujanos, la desigualdad tecnológica según la zona y, por último, la incertidumbre profesional, en que el riesgo permanente y creciente de demandas cobra relevancia y alcanza al 25% de los cirujanos.

Hace mención al perfil del cirujano general práctico y el ámbito de responsabilidad, según el Programa de la AAC (2002), que analizaremos más adelante⁶².

Expresa el autor que, de los contenidos, surgen diferencias para quienes ejerzan en poblaciones grandes, medianas y pequeñas, de acuerdo con las necesidades de cada una de ellas; deja expuesta entonces la alternativa de establecer una formación orientada en función de las expectativas del interesado, que está muy lejos de implementarse, pero que deben considerarse en los futuros planes de residencias⁶¹.

Manrique⁴⁰, por su parte, analiza la educación de posgrado, define cuál es el significado de las residencias médicas y sostiene que el objetivo primordial de estas es lograr la identidad profesional del educando, lo que habrá de hacer, cómo lo va

hacer y para quién lo va hacer, de manera que cuanto más integral sea la formación lograda, mayores serán las posibilidades de éxito.

De acuerdo con estos argumentos, pensamos que es necesario profundizar el debate sobre las herramientas de instrucción profesional, como son las residencias en cirugía, ya que no cabe ninguna duda de que han sido, son y serán el mejor sistema de formación. No obstante, y para conseguir un mayor beneficio para los destinatarios y los educandos, deberíamos preguntarnos:

¿Es correcta la formación que se les brinda?

¿Debería tenerse en cuenta el aspecto cualitativo y cuantitativo de las rotaciones en cada uno de los programas de residencia?

¿Es necesario crear programas diferenciados para aquellos que se establecerán en el interior?

¿Cuáles son los conceptos, habilidades y destrezas mínimas que debe poseer el educando?

¿Deben orientarse las rotaciones de manera especial según el lugar donde ejercerá el residente?

¿Puede ser de utilidad que los últimos meses de la residencia se hagan en el lugar donde residirá?

¿Está dispuesto a radicarse en una ciudad de menos de 50.000 habitantes cuando termine su formación?

De estos interrogantes surgió la necesidad de conocer respuestas directas y concretas, y para eso recurrimos a la fuente, generando un espacio de debate con la Asociación de Residentes de Cirugía General, presidida por Leonardo Yazde Puleio, a quien agradecemos y, por su intermedio, a toda la Comisión.

La reunión fue muy productiva y enriquecedora. Se discutieron varios puntos que dieron origen a otra investigación, de la cual participaron únicamente los residentes de cirugía general.

Dónde estamos

No existe en el mundo nada más poderoso que una idea a la que le ha llegado su tiempo.

VÍCTOR HUGO (1802-1885)

5.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA A LOS RESIDENTES

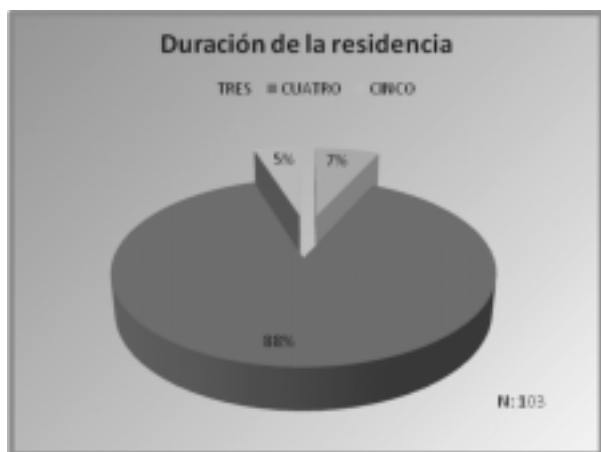


FIGURA 30

Duración de las residencias de 103 encuestados



FIGURA 31

Distribución de los residentes por año



FIGURA 33

Rotaciones durante la residencia

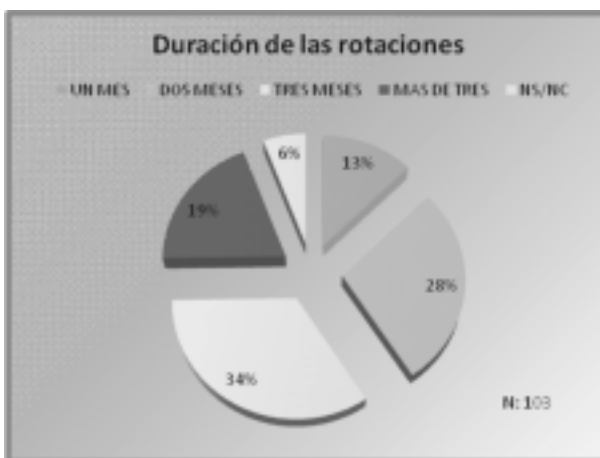


FIGURA 34

Duración de las rotaciones

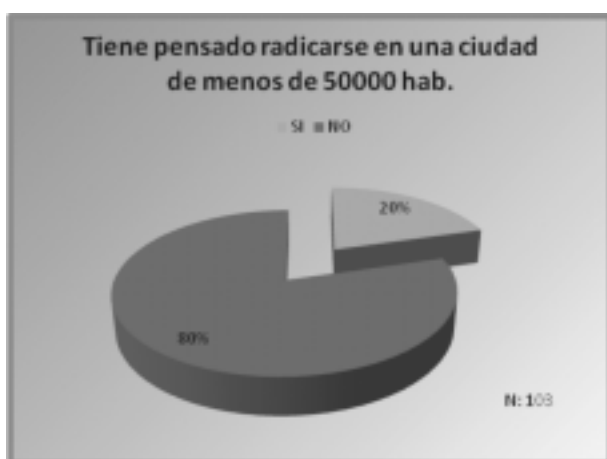


FIGURA 32

Lugar de radicación post-residencia

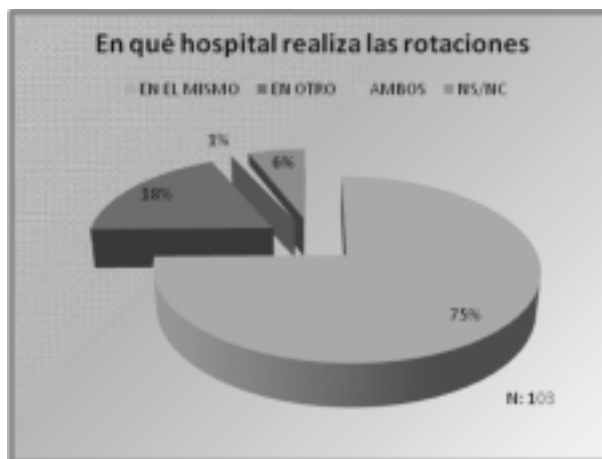


FIGURA 35

Lugar de las rotaciones

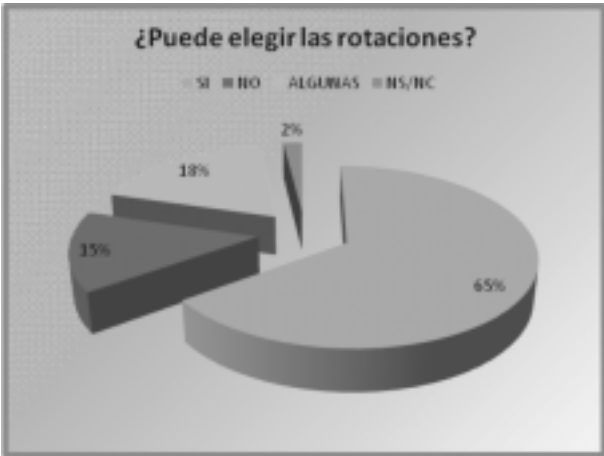


FIGURA 36
Elección de las rotaciones



FIGURA 39
Utilidad de realizar los últimos 6 meses en el lugar donde se radicará



FIGURA 37
Prácticas efectuadas en la residencia

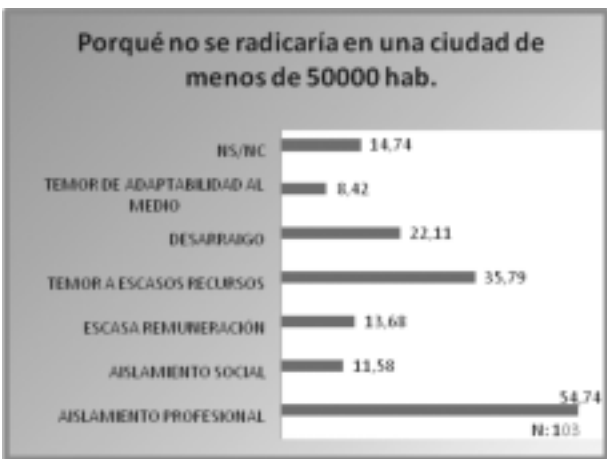


FIGURA 40
Motivos de no radicación en ciudades de menos de 50000 habitantes

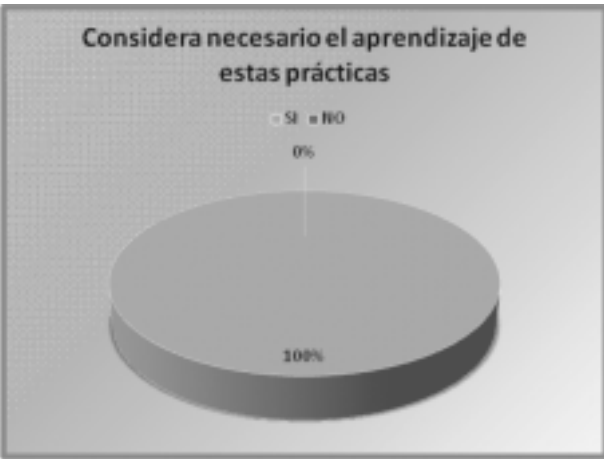


FIGURA 38
Necesidad de dichas prácticas consultadas



FIGURA 41
Conocimiento de ofertas laborales en el interior

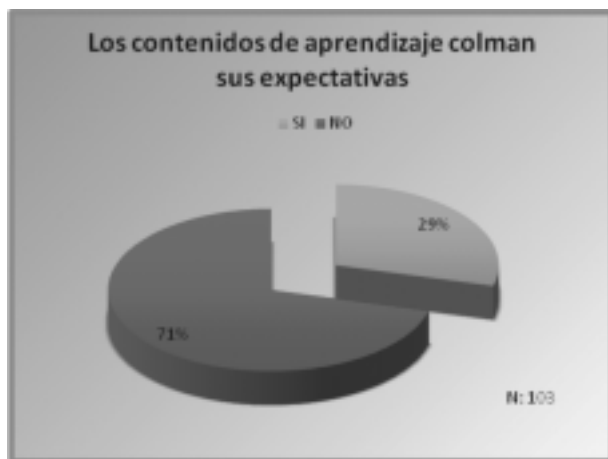


FIGURA 42

Expectativas colmadas de acuerdo a los contenidos de aprendizaje del programa de su residencia

5.2 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A LOS RESIDENTES

La encuesta (anexo 2) fue contestada por 103 residentes pertenecientes a 46 residencias de diferentes partes del país. Las respuestas revelaron:

1. El 88% de las residencias duran 4 años.
2. El 73% de los que respondieron pertenecen a tercero, cuarto y quinto año.
3. El 80% de los residentes NO tienen intenciones de radicarse en una ciudad de menos de 50.000 habitantes.
4. Los argumentos más señalados por lo cual no se radicarían fueron:
 - aislamiento profesional
 - temor a escasos recursos
 - desarraigo
5. El mayor porcentaje de residentes rota por cirugía torácica 69,47%, cirugía vascular 64,21% y cabeza y cuello 50,53%.
6. Rotan por urología 32,63%, ginecología 32,63% y cirugía pediátrica 15,79%.
7. El 81% de los residentes rotan 2, 3 y más meses por las especialidades elegidas.
8. En el 75% de los casos las rotaciones son en el mismo hospital.
9. El 65% de los residentes pueden elegir las rotaciones.
10. Respecto de las prácticas realizadas durante su formación, muestran un déficit en ginecología-obstetricia, urología y cirugía pediátrica.
11. El 100% de los residentes consideran necesario el aprendizaje de estas prácticas.

12. El 61% considera útil que los últimos meses pueda rotar en su lugar de radicación.

13. El 59% sabe que existen ofertas laborales en el interior.

14. Los contenidos del aprendizaje no colman las expectativas en el 71% de los casos.

Algunas respuestas a las preguntas que formulamos abren, sin lugar a dudas, un gran debate; la etapa formativa en la mayoría de las residencias (88%) dura 4 años y el 73% de los residentes que respondieron pertenecen a los años superiores. Por lo tanto, la muestra es representativa de la situación que se vive, teniendo en cuenta que en poco tiempo saldrán a competir.

El 80% de los residentes no tienen intenciones de radicarse en una ciudad de menos de 50.000 habitantes, además de las razones ya expuestas, por no sentirse capacitados para afrontar la diversidad de patologías que ocupan al cirujano de áreas rurales.

La formación quirúrgica de los residentes es muy diferente de la de hace tres o cuatro décadas. Probablemente las exigencias, los contenidos del aprendizaje y las habilidades ejercidas en la actualidad no sean suficientes, lo que da como resultado un temor, justificado, de que los requerimientos sobre la variedad de prácticas que le serán solicitadas superen ampliamente lo aprendido.

Existe un marcado déficit en la formación de algunas áreas quirúrgicas, según se desprende de los resultados de la encuesta. Tal es el caso de ginecología, obstetricia, urología y cirugía pediátrica; sin embargo, todos los residentes consideran necesario el aprendizaje de estas experiencias. ¿Es casual que hace dieciséis años estas mismas especialidades hayan sido practicadas por la minoría de los residentes?⁴⁶.

¿Qué está fallando en este punto?

La razón puede ser que pocos residentes eligen rotar por esas especialidades o, hay un déficit en la programación de la residencia.

El 59% de los residentes están enterados de que existen ofertas laborales en el interior y, a pesar de ello, 80% no tienen intenciones de trabajar en esas áreas; las causas, aparte de las que ya conocemos, pueden estar relacionadas con motivos económicos.

Nos queda claro que el 61% de los encuestados están de acuerdo en pasar los últimos meses de su residencia en la ciudad donde se radicarán, probablemente como prueba para definir su lugar

en un futuro inmediato, estableciendo desde ese momento vínculos que le aseguren su continuidad laboral una vez finalizado el período de formación.

Lo que es muy preocupante es que 71% de los residentes afirman que la etapa formativa no cumple con sus expectativas, lo cual es, sin lugar a dudas, un hecho grave.

Todos sabemos lo que significa estar dentro de un sistema de formación como es la residencia de cirugía y muchos de nosotros hemos trabajado y trabajamos para mejorarlo, pero ¿qué camino debemos elegir y seguir después de conocer los resultados?

Hacia dónde vamos

Las predicciones son extremadamente dificultosas, en especial las relacionadas con el futuro.

JAMES BURKE (1936)

Todo este contexto nos convence aún más de que habría que profundizar en los aspectos cualitativos y cuantitativos de los programas de residencias, con mayores controles sobre las rotaciones, ampliando los contenidos o extendiendo el tiempo de entrenamiento en cada una de las áreas quirúrgicas.

El alcance de nuestra inquietud fue interpretado por la AAC en 2009⁶, mientras estábamos elaborando el relato, cuando publicó el programa de residencia en cirugía general, donde reconoce que esta no es sólo el marco de formación básica y fuente de entrenamiento para todas las especialidades quirúrgicas, sino también la práctica primaria, integral, necesaria y eficiente en la República Argentina.

Los programas de residencia comprenderán distintos tipos de tareas que deben ser controladas y evaluadas por el Departamento de Docencia e Investigación de cada uno de los hospitales.

Su objetivo es la formación de un cirujano general bien entrenado en la totalidad del cuidado del paciente quirúrgico, con un perfil de instrucción que incluya patologías de áreas de responsabilidad primaria y secundaria, a saber:

Áreas de responsabilidad primaria:

- Contenido abdominal y sus paredes
- Piel y tejidos blandos

- Cabeza y cuello
- Sistema venoso periférico
- Cavidad torácica (excluida la patología cardiovascular central)
- Patologías que requieren manejo básico de ecografía
- Procedimientos percutáneos guiados por imágenes
- Manejo inicial del politraumatizado

Áreas de responsabilidad secundaria:

- Cuidado del paciente crítico en emergencia y en cuidados intensivos.
- Sistema arterial periférico
- Conocimiento de patologías más frecuentes del ámbito de ginecología y obstetricia, urología, traumatología y pediatría.
- Prácticas endoscópicas, tratamiento y diagnóstico básico.

Como dice Harder²⁸, la cirugía general es la que se ejerce en los hospitales periféricos. En ellos se logra un entrenamiento más intenso y especial para aquellos que actúan en sitios distantes. La superespecialización está arraigada en los hospitales de mayor categoría (hospitales escuela o centrales).

Creemos que este modelo podría ajustarse a los programas que se desarrollan en hospitales de las ciudades intermedias, con presencia de especialistas y subespecialistas que estén dispuestos a instruir, con actividad docente de pregrado y posgrado, tecnológicamente acorde con estos tiempos, con suficiente número y variedad de cirugías al año y acreditada por autoridad competente. Este sistema de instrucción, casi con seguridad, logrará la formación de un cirujano general.

Si en el momento de finalizar su preparación, se registra en esta un escaso número de patologías de baja prevalencia y alta complejidad, se podrían completar los conocimientos en servicios que garanticen el aprendizaje.

Las patologías complejas no son imposibles de hallar en las poblaciones de menos de 50.000 habitantes, sólo que aparecen en un número muchísimo menor; de manera que el perfil de ese profesional no va a estar a la altura de las circunstancias, no porque carezca de la infraestructura necesaria para la ocasión, sino en razón de que un menor número de casos dificulta mantener una adecuada capacidad técnica.

De este contexto surge entonces, como enseñanza, una ecuación muy simple y que nosotros recordamos: patología quirúrgica compleja más pocos casos al año más insuficientes recursos humanos y tecnológicos es igual a éxitos limitados.

Tal vez se pueda modificar, o bien establecer una especie de beca o rotación supervisada; que los últimos meses de la residencia se completen en el lugar donde va a vivir el residente, dándole por cumplida la etapa formativa y permitiéndole hacer un estudio sobre el terreno, con posibilidad de que logre estabilidad en el campo laboral.

No cabe ninguna duda de que se trata de un propósito muy ambicioso, hasta podría verse desde la óptica de la fantasía. Sin embargo, ya Ortiz⁴⁹, en 1990, hacía referencia a una adecuada política sanitaria que orientara a los residentes del último año para que se radiquen y ejerzan en las ciudades del interior de las provincias.

En esta instancia es incuestionable la participación del Estado, las sociedades científicas y el propio interesado para realizar un proyecto en conjunto, en el que tienen que estar presentes, además, los Colegios médicos y las autoridades sanitarias del lugar para efectuar un estudio de situación.

La iniciación de las discusiones no puede hacer perder el objetivo primordial, que es la asistencia de la comunidad. Resolver las demandas insatisfechas en salud requiere un sistema que garantice derechos y obligaciones.

La intención es disponer, en un futuro, de un cirujano general conforme a las necesidades; probablemente sería necesario contar con un Ente que regule las actividades en la etapa de formación.

En el trabajo de Doty¹⁹ queda expresada la necesidad de crear una

sociedad que se interese en los programas para la formación de cirujanos rurales. En nuestro caso podría ser una subcomisión o la propia Comisión de Residencias, que trabaje en el desarrollo y la promoción del sistema, así como en estudiar la posibilidad de ubicar a los residentes en las zonas rurales con mayores necesidades y oportunidades.

No es una ilusión y se puede realizar, pero para llegar a concretar un objetivo de tal magnitud hay que despojarse de los egoísmos y las mezquindades que pueden estar enquistados en algún sector.

Empero, existen diversos aspectos relevantes que hay que tener en cuenta y sobre los cuales hablan muy pocos.

Nos preguntamos:

- *¿Queremos formar cirujanos generales para desempeñarse en áreas rurales?*

- *¿Insistimos en que la residencia es el mejor sistema de formación, pero que lo formen otros?*

- *¿No formamos por miedo a la competencia futura?*

- *¿En dónde se pueden formar los residentes?*

- *¿El lugar que se ofrece está capacitado?*

- *¿La institución que ofrece la residencia lo hace para elevar su estatus?*

- *¿Hay vacantes suficientes en las residencias de cirugía?*

Estas y otras tantas preguntas deberían hacernos pensar dónde queremos llegar y sincerarnos; algunos de estos interrogantes no tienen una respuesta clara y concreta.

Schijvarger⁶¹, en los contenidos de su relato menciona, entre otras cosas, el papel del docente en cirugía y con el cual coincidimos.

Nuestro relato no tiene el alcance para analizar o evaluar los sistemas pedagógicos sobre enseñanza y aprendizaje, pero sí algunos conceptos que deben ser apreciados y en los que tenemos participación directa, si la intención es rediseñar la formación de los cirujanos, como expresa Cariello¹³.

Se menciona al jefe del Servicio como principal responsable y no cabe ninguna duda de que lo es; que tenga la mente abierta es una condición fundamental, especialmente si está al frente de un equipo que, a nuestro entender, tiene el privilegio de contar con una residencia de cirugía general.

Debe tener una política de conducción bien definida para facilitar el desarrollo de cada uno de los educandos; no centrarse únicamente en las patologías complejas, sino, por el contrario, hacer que sus médicos de planta no pierdan el interés de enseñar las patologías de baja y mediana complejidad, en pos del aprendizaje de los residentes.

Los médicos del Servicio deberían estar comprometidos con el método; es el mismo con el que seguramente se graduaron algunos de ellos y en ese momento era una prerrogativa pertenecer a esa institución.

Estamos convencidos de que el trabajo activo de todos los médicos del Servicio para con la re-

sidencia (y esto incluye a ex residentes que recién se inician) transmite a sus integrantes un estado de confianza, seguridad y sentido de pertenencia, tan necesario en estos tiempos, que redundará en múltiples beneficios para el sistema.

Podríamos discutir mucho más acerca de este tema, pero lo cierto es que desde hace tiempo se habla sobre los cambios y mejoras y es poco lo que se ha conseguido. Ya en 1994 las condiciones que se ofrecían referidas a programas de enseñanza, amplitud de conocimientos, número y tipo de intervenciones acusaban serias falencias⁴⁵.

En la actualidad, las expectativas de los residentes están siendo frustradas; con este escenario no podemos más que sumarnos a las palabras de Moirano⁴⁵ refiriéndose al tema: "Irresponsabili-

dad, incapacidad, negligencia, indiferencia y culpabilidad de todos nosotros, para con nosotros mismos y para con la sociedad toda".

Creemos que debemos continuar en busca de un modelo que permita formar e insertar al cirujano general en las ciudades con mayores necesidades, si no estaríamos frente a los mismos hechos que motivaron el comentario de Lange³⁸ en 2001: "Los programas de residencias no han alcanzado, después de cuarenta años, el desarrollo que responda a las necesidades de la Nación".

El gran drama de este siglo es que los hombres no quieren ser útiles, sólo quieren ser importantes.

WINSTON CHURCHILL (1874-1965)

CAPÍTULO 6

INCUMBENCIAS DEL CIRUJANO GENERAL EN ÁREAS RURALES

Se habló mucho sobre las incumbencias del cirujano y este punto le atañe en forma directa al cirujano de las ciudades medianas y pequeñas.

Casi todos coinciden en que debe estar preparado para abarcar todas aquellas prácticas que fueron incluidas en su etapa de formación científica. Para algunos también existe la posibilidad de que realice ciertos procedimientos complejos, sin la necesaria habitualidad, según los conceptos de Griffen²⁶ (el fenómeno de la bicicleta), del cual nos permitimos disentir. No obstante, esta situación no es la que suele presentársele al cirujano y, si es así, debe apelar al sentido común y a su conciencia para saber lo que habrá de hacer, con quién lo va hacer y adónde lo va hacer, esencialmente por el bien del paciente.

Esto último ha sido estudiado en profundidad en numerosos trabajos. Todos coinciden en la necesidad de centralizar algunas intervenciones quirúrgicas complejas¹⁵, en especial las esofaguectomías y duodenopancreatectomías, dados los disímiles resultados entre los centros especializados y aquellos con baja frecuencia en esta práctica.

Por el contrario, los resultados son idénticos entre centros urbanos y rurales en otras experiencias, como es el caso de la cirugía coloproctológica en lo referente a la morbilidad^{9, 25, 65}.

Otro de los objetivos indirectos que persigue la centralización de la cirugía de alta complejidad es evitar una futura demanda. En la actualidad el tema legal merece especial atención. Esta situación recae sobre la responsabilidad profesional: el compromiso que adquiere el médico y que debe estar contenido en el marco de la razón, con independencia de dónde resida y ejerza, sin dejar a un lado todos y cada uno de los elementos preventivos del acto médico.

En este sentido, las bases para prevenir una posible petición pasan, entre otras cosas, por aceptar las obligaciones médicas y jurídicas existentes; de modo que es necesaria una profunda autocritica sobre la responsabilidad profesional, en especial en los puntos donde tenemos participación directa¹⁷.

Estudiamos atentamente el relato de Moirano del año 1994⁴⁵ respecto del futuro del cirujano general. También analizamos las diferentes opiniones y propuestas manifestadas por varios autores en cuanto a su denominación. Con cierta preocupación vimos plasmar algunos conceptos, absolutamente lógicos para la época, sobre la disyuntiva entre cirujano general, cirujano especialista, cirujano general académico o cirujano general práctico, propuesta por la propia AAC en el año 2002⁶¹.

Actualmente creemos que no cabe ninguna otra denominación que la de cirujano general; a nuestro entender, es el único título que debe llevar ese profesional, que reside y actúa en áreas rurales, distantes de las grandes ciudades, desplegando su actividad quirúrgica y a su vez desarrollando el aspecto académico dentro de sus posibilidades.

Opinamos que quien debe hacer los diferentes procedimientos quirúrgicos de distintas subespecialidades es aquel que los sepa hacer⁸.

No entendemos el porqué de la denominación cirujano general práctico. Práctico significa, según la Real Academia Española, ser experto, perito, versado, instruido. ¿No son los mismos adjetivos que le caben también al cirujano especialista?

El término práctico puede tener muchas interpretaciones, pero lo más probable es que no se lo vincule a los verdaderos sinónimos. Por otra parte, si el vocablo es utilizado como tal, genera un amplio campo de obligaciones para las que muchos, posiblemente, no estén preparados.

Las normas que regulan el ejercicio profesional de los cirujanos no es un tema que atañe al relato. Se puede estar de acuerdo o no, pero lo cierto es que están absolutamente establecidas para cada autoridad provincial y nacional, enunciadas en precisas instrucciones vigentes.

Otro de los dilemas de la época, si cabe la expresión, se relacionaba con el área de acción o incumbencia del cirujano general.

En la actualidad tales dificultades ya no tienen discusión; el programa de la AAC⁶ es muy claro y establece que todos los cirujanos generales que se desempeñen en zonas rurales deberán fortalecer su formación en áreas de responsabilidad secundaria, poniendo especial énfasis en la formación quirúrgica relacionada con las patologías más frecuentes de especialidades quirúrgicas, como ginecología y obstetricia, urología, cirugía plástica, traumatología y pediatría.

Ya en su trabajo Miles⁴³ expresaba que el cirujano general debía ser entrenado en todas las disciplinas; de no ser así el paciente sería tratado como un conjunto de órganos por separado y por diferentes especialistas.

Hoy más que nunca nos sumamos a lo señalado por Moirano⁴⁵, cuando opina que es necesario invertir con firmeza el viejo axioma de que un buen especialista es aquel que sabe más de algo y no mucho de poco. Con estos conceptos no hacemos más que confirmar que ambos cirujanos

están en igualdad de condiciones, que son especialistas en diferentes campos de acción.

Debemos sentirnos muy orgullosos de que quienes practican las cirugías más complejas sean nuestros referentes inmediatos, a los que vamos a recurrir por cualquier caso difícil; seguramente ellos tendrán la misma sensación hacia nosotros, porque saben que solucionamos una extensa gama de patologías, en sitios y circunstancias muy distintas.

No se trata de una competencia. Debe reinar el respeto mutuo porque fuimos formados igual, si bien elegimos caminos diferentes, pero siempre en busca de un mismo destinatario: el paciente.

En relación con el futuro, otro de los problemas que se habían planteado, dice Moirano⁴⁵: "El futuro del cirujano general no deberá ser sólo lo que a nosotros nos convenga. Debe depender también de lo que les convenga a los demás". Esto es, mejorar la atención médica y, con ello, la salud del hombre y la comunidad. Aquí reside, creemos, el nudo gordiano del tema que estamos tratando.

Vale la pena mencionar, si bien disentimos por completo con ellos, que algunos trabajos anunciaban que la cirugía general estaba por desaparecer y que el cirujano general era una casta agonizante, en relación con el escaso número de cirujanos que ingresan en la especialidad y el alto porcentaje de profesionales experimentados que se retiran progresivamente por año.

La preocupación por reemplazarlos no era sólo por el número, sino esencialmente por la habilidad y capacidad de abordar cualquier problema, considerando su formación integral y práctica en el trabajo técnico diario¹⁰.

Otros expresaron que el cirujano general estaba perdiendo notoriedad. Entre los fundamentos que esgrimían sobresalían el estilo de vida, el prolongado tiempo de entrenamiento y, fundamentalmente, la pérdida de identidad²².

La necesidad y la utilidad del cirujano general, que hoy fortalecemos, ya fueron refrendadas en el relato de Moirano⁴⁵ por la mayoría de los autores consultados, por las sociedades de cirugía del interior y, además, por las sociedades quirúrgicas de las especialidades.

Este aval, que fuera concedido porque garantizaba el objetivo principal, como es asegurar una correcta atención médica, no fue aprobado por las sociedades quirúrgicas de las especialidades, cuando debieron responder sobre las prácticas qui-

rúrgicas concretas que podía realizar el cirujano general.

Salvo la sociedad de coloproctología, en general las demás limitaron en forma extrema el accionar del cirujano, una verdadera contradicción.

Dice el autor que es imposible saber por qué las consultas son tan disímiles. Tal vez porque fueron analizadas considerando la destreza del cirujano o la posibilidad de que los futuros la adquirieran, por beneficio propio del cirujano o por insuficiente atención médica.

En este punto debemos hacer una consideración en la que pudo existir un error de concepto o interpretación, en especial de las sociedades quirúrgicas de las especialidades o subespecialidades, acerca de asegurar un correcto cuidado médico. Si no se tomara de esta manera, ¿cómo se explica, entonces, la afirmación expresada por las instituciones consultadas sobre los beneficios que brinda la cirugía general?

Otro ejemplo de ello son los antecedentes que investigó Moirano en aquella oportunidad mediante encuestas realizadas a los aspirantes a cirujano general y a cirujanos de diferentes ciudades, donde decían que efectuaban procedimientos quirúrgicos de otras especialidades, ya sea porque se habían capacitado, por falta de especialistas, por la baja complejidad de la patología o bien por necesidad ante la urgencia médica⁴⁵.

Actualmente, y a la luz de los resultados obtenidos en la encuesta "El cirujano rural", vemos que después de dieciséis años se repite el mismo escenario; los cirujanos generales en ciudades de menos de 50.000 habitantes tienen un área de acción que incluye las principales especialidades y subespecialidades quirúrgicas, en un porcentaje mayor que el cirujano urbano, como puede verse en la Fig. 43.

Hoy, transitando el siglo XXI, se puede confirmar la continuidad y necesidad del cirujano general a través de su trabajo, con la responsabilidad profesional que le corresponde, con experiencia en el aspecto técnico e intelectual, y con los adelantos y servicios que tiene a su alcance.

La realidad actual no se puede ocultar y no es tan diferente de la que describió Moirano⁴⁵. Nuestras vivencias nos demostraron que existe un déficit de especialistas en otras especialidades quirúrgicas.

Las condiciones son casi las mismas que en aquella oportunidad y pueden ser opinables, pero



FIGURA 43

Distribución de las cirugías efectuadas por cirujanos rurales y urbanos según la encuesta a 272 cirujanos

las circunstancias requieren cubrir las demandas necesarias y los motivos que justifican esta acción también se repiten:

a) La baja densidad poblacional y los pocos casos clínicos dificultan el ejercicio efectivo de la especialidad y la radicación definitiva del especialista.

b) En la urgencia quirúrgica o atención del trauma es imposible contar en tiempo y lugar con los especialistas necesarios.

c) Reconocer que hay especialidades sin el entrenamiento quirúrgico suficiente, pero sí con ejercicio clínico, como en el caso de los ginecólogos, urólogos, oftalmólogos, etc.

Por otra parte, el cirujano general que se desempeña en esas ciudades es visto como el cirujano de cabecera, aun por los propios colegas de otras especialidades. Se lo consulta y requiere ante complicaciones quirúrgicas de cualquier especialidad y es solicitado, en algunas ocasiones, por los propios pacientes.

Esta situación se puede dar por muchas circunstancias; casi con seguridad no hay un cirujano pediátrico especializado. No es infrecuente que en la tocoginecología, el profesional se dedique exclusivamente a la asistencia obstétrica.

En algunos casos los especialistas en urología, cirugía vascular, cirugía plástica, cabeza y cuello, tórax, etc., actúan en forma itinerante concurrendo a las ciudades cada 15 o 30 días, de modo que no son profesionales estables.

En este contexto, el médico clínico, que sigue siendo el médico de cabecera familiar, ante cual-

quier caso potencialmente quirúrgico de cualquier área, consulta y cuenta permanentemente con la opinión, sugerencia o acción del cirujano general.

Estas son las facultades que, de alguna manera, nos exige el medio; no es nuestra intención ni nos corresponde abrir juicio sobre la instrucción de posgrado en otras especialidades o subespecialidades.

Así, quien tenga intenciones de radicarse en esas ciudades debe estar preparado para afrontar la diversidad. Por eso insistimos en que la formación del futuro cirujano debe ajustarse al programa de la AAC,⁶ con la participación de las Socie-

dades de cirugía del interior y este debería ser el único documento que exprese el campo o la incumbencia de la cirugía general y, por ende, del cirujano.

Dice Ben Eiseman en el prefacio de *Avances y mejoras en la atención y cuidado en el pequeño hospital* que la puesta en marcha de los diferentes programas llevados a cabo en el *Montrose Memorial Hospital* surgió del entusiasmo intelectual y del orgullo personal de los cirujanos. Esas únicas condiciones fueron el caldo de cultivo para iniciar esta tarea; exactamente lo mismo puede ocurrir en cualquier otro lugar¹.

CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES

1. La cirugía rural es un tema de preocupación en todo el mundo; muchos países desde hace tiempo, comenzaron a preparar cirujanos rurales bajo esquemas bien definidos, un verdadero especialista que incluye en su currícula una amplia gama de conocimientos. Algunos de ellos, incluso, están formados para el cuidado total de la salud. Comprobamos en esos países un notorio compromiso y participación de las autoridades sanitarias, acompañando el espíritu de las asociaciones científicas para la puesta en marcha de los programas.

2. En nuestro país, las políticas en salud están sujetas a un concierto de desigualdades regionales, falta de presupuesto, gastos sin control, desorden en la distribución del recurso humano y tecnológico, etc; de manera tal que resulta dificultoso llevar a cabo programas de esa naturaleza.

3. Actualmente no existe en la Argentina el cirujano rural como tal. Lo que sí existe es el cirujano general, que se desempeña en zonas rurales, con capacitación y destreza en otras áreas quirúrgicas, adquiridas a través de diferentes sistemas formativos.

4. La encuesta a los cirujanos demostró que aquellos que actúan en zonas rurales tienen ne-

cesariamente un área de acción que incluye las principales especialidades y subespecialidades quirúrgicas, en un porcentaje mayor que el cirujano urbano.

5. El título que debe llevar ese profesional, a nuestro entender, es el de cirujano general.

6. El 80% de los residentes no tiene intenciones de radicarse en una ciudad de menos de 50.000 habitantes.

7. Los argumentos más señalados fueron:

a. aislamiento profesional

b. desarraigo

c. temor a escasos recursos

d. aprensión para afrontar la diversidad de patologías.

8. El 72% de los residentes manifestaron que los contenidos del aprendizaje de sus respectivos programas no colman sus expectativas.

9. En 2009 la AAC, en su boletín, fijó los objetivos para la formación del futuro cirujano general y estableció que todos los cirujanos generales que se desempeñen en zonas rurales deberán fortalecer su formación en áreas de responsabilidad secundaria. Por ello, al momento de elegir una residencia, deberán observar que dichos contenidos se cumplan.

CAPÍTULO 8 PROPUESTAS

1. Que la Asociación Argentina de Cirugía, conjuntamente con las Sociedades y Asociaciones quirúrgicas del país, seleccionen las instituciones para llevar a cabo el programa específico de formación, para aquellos que deseen desarrollar su actividad quirúrgica en zonas rurales.

Las instituciones elegidas deberán reunir las condiciones necesarias, para ofrecer la capacitación en las áreas de responsabilidad primaria y secundaria.

2. Es imprescindible fortalecer la educación médica continua a distancia, asegurando su acceso a los profesionales de cualquier punto del país, mediante un trabajo en equipo de las Sociedades quirúrgicas de las provincias, las Universidades regionales y la AAC a través de sus Comités de Asuntos Institucionales y Colegio.

3. Instalar temas de discusión inherentes a la problemática de la cirugía en pequeños hospitales, durante las sesiones científicas de la AAC (jornadas de otoño, congreso).

ANEXO 1 ENCUESTA NACIONAL A CIRUJANOS

1. N° de habitantes:

☐ Menos de 10.000

☐ Hasta 20.000

☐ Hasta 30.000

☐ Hasta 40.000

☐ Hasta 50.000

☐ Hasta 75.000

☐ Hasta 100.000

2. Años de graduado:

☐ Menos de 10

☐ De 10 a 20

☐ Más de 20

3. Es MAAC:

☐ sí

☐ no

4. Es especialista por Colegio de Médicos

☐ sí

☐ no

5. Está recertificado

☐ sí

☐ no

6. Ha realizado Congresos, Cursos, Jornadas en el último año?

☐ Ninguno

☐ Menos de 2

☐ Más de 2

7. Ámbito de trabajo

☐ Público

☐ Privado

☐ Ambos

8. Número de cirugías mensuales (como cirujano)

☐ Menos de 10

☐ De 10 a 20

☐ De 20 a 30

☐ Más de 30

9. Infraestructura hospitalaria

☐ Deficitaria☐ Suficiente☐ Óptima

10. Infraestructura de quirófano

☐ Deficitaria☐ Suficiente☐ Óptima

11. El recurso humano médico (anestesiólogo, terapeuta, infectólogo, etc.) es:

☐ Suficiente☐ Insuficiente

12. El recurso humano de enfermería y técnicos es:

☐ Suficiente☐ Insuficiente

13. ¿Quién realiza las siguientes operaciones en forma programada?

	Cirujano General	Cirujano especialista
Cirugía Ginecológica		
Cirugía Vascular		
Cirugía Pediátrica		
Cirugía Torácica		
Cirugía de Cabeza y Cuello		
Cirugía Plástica y Reparadora		
Cirugía Urológica		
Cirugía coloproctológica		

14. Efectúa cirugía laparoscópica:

☐ Básica☐ Avanzada☐ No realiza

15. Distancia al centro de alta complejidad más cercano:

☐ Menos de 100 km☐ De 100 a 300 Km☐ Más de 300 Km.

16. ¿Cuántas horas trabaja por día promedio?

☐ Hasta 8☐ De 8 a 12☐ Más de 12.

17. ¿Realiza guardias activas?

☐ sí☐ no

18. Considera su remuneración:

☐ Suficiente☐ Insuficiente

19. Considera su calidad de vida:

☐ Mala☐ Regular☐ Buena☐ Óptima

20. ¿Realiza actividad docente de grado y/o postgrado?

☐ sí☐ no

21. ¿Recibió demandas por responsabilidad médica?

☐ sí☐ no

ANEXO 2
ENCUESTA NACIONAL A RESIDENTES

1. Cuántos años dura su plan de Residencia?
 - a. 3 años
 - b. 4 años
 - c. 5 años
2. En qué año de la Residencia se encuentra Ud.?
 - a. 1°
 - b. 2°
 - c. 3°
 - d. 4°
 - e. 5°
3. Tiene Ud. pensado radicarse en una ciudad de menos de 50.000 habitantes?
 - a. Sí
 - b. No
4. Qué rotaciones tiene incorporadas su plan de Residencia
 - a. Cirugía pediátrica
 - b. C. vascular
 - c. C. ginecológica
 - d. C. urológica
 - e. C. torácica
 - f. C. cabeza y cuello
 - g. Endoscopias
 - h. C. plástica y reparadora
5. Cuánto duran?
 - a. 1 mes
 - b. 2 meses
 - c. 3 meses
 - d. Más tiempo
6. Se realizan en el mismo Hospital?
 - a. Sí
 - b. No
7. Ud. puede elegir las rotaciones que efectuará?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Algunas
8. En su plan de Residencia, está contemplado la realización de: (marque las que SI realiza)
 - a. Cesáreas
 - b. Cirugía de la mama
 - c. Histerectomías
 - d. Postioplastías
 - e. Amputaciones
 - f. Videotoracoscopia
 - g. Hernias infantiles
 - h. Apendicectomías en niños
 - i. Tiroidectomías
 - j. Cirugía vascular periférica
 - k. Endoscopias digestivas
9. Considera estas operaciones necesarias en la formación de un residente de cirugía?
 - a. Sí
 - b. No
10. Considera útil realizar los últimos seis meses de su residencia en el lugar donde se radicará?
 - a. Sí
 - b. No
11. Por qué Ud. no se radicaría en una ciudad de menos de 50000 habitantes?
 - a. Aislamiento profesional
 - b. Aislamiento social
 - c. Escasa remuneración
 - d. Temor a escasos recursos de infraestructura
 - e. Desarraigo
 - f. Temor de adaptabilidad
12. Tiene conocimiento de ofertas laborales para cirujanos en el interior?
 - a. Sí
 - b. No
13. Considera que los contenidos de aprendizaje de su Residencia colman totalmente sus expectativas?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abernathy CM y cols. Avances y mejoras en la atención y cuidado en el pequeño hospital. Clin Quirurg 1979; 3. Editorial Interamericana.
2. Angola www.icrc.ch
3. Angola www.indexmundi.com
4. Angola www.eswikipedia.org
5. Ajayi OO, Adebayo Adebamowo. Surgery in Nigeria. Arch Surg 1999; 134: 206-11.
6. Asociación Argentina de Cirugía. Programa de Residencia en Cirugía General. Actualización 2009.
7. Banerjee JK. Carin for developing Communities - Rural Medicare centre New Dehli India. Eur J Surg 1999; 165; 69-71.
8. Beveraggi E. Presente y futuro de la educación médica. El cirujano del siglo XXI. Cong Argent Cirug Buenos Aires; 1993.
9. Birkmeyer JD, Siewers AE, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med 2002; 346 (15): 1128-37.
10. Blair L. Are general surgeons a dying breed? Can Med Assoc J 1991; 45 (1): 46-8.
11. Burbridge M, INFOBAE profesional.com
12. Burkholder HC, Cofer JB. Rural Surgery Training: A Survey of Program Directors. Am Coll Surg 2007; 204 (3): 416-21.
13. Cariello AH. El cirujano frente a la crisis financiera. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. Rev Arg Cirug. Número Extraordinario, 2003, p. 9-71.
14. Cassone E. Historia de la cirugía en Mendoza. Rev Med Univ 2005; 1 (1): 1669-991.
15. Chappel AR, Zuckerman RS, Finlayson SRG. Small rural hospitals and high-risk operations: how would regionalization affect surgical volume and hospital revenue. J Am Coll Surg 2006; 203 (5): 599-604.
16. Chaisson PM, Henshaw JD, Roy PD. General surgical practice patterns in Nova Scotia: the role of the "generalist" general surgeon. Can J Surg 1994; 37: 285-8.
17. Deluca E, Moscardi A et al. Demandas por responsabilidad profesional. Etiologías. Rev Arg Cirug 2006; 90 (1-2): 59-66.
18. Deza HA. El tercer milenio y las nuevas tendencias en educación médica. Rev Facult Med UNT 2003; 4 (2).
19. Doty B, Zuckerman R, Borgstrom D. Are general surgery residency programs likely to prepare future rural surgeons? J Surg Ed 2009; 66 (2): 74-9.
20. Favaloro RG. Recuerdos de un médico rural. Ediciones SDDRA; 1980.
21. Favaloro RG. De la Pampa a los Estados Unidos. 9ª ed. Sudamericana; 2000.
22. Fernández Cruz L. General surgery as education, not specialization. Ann Surg 2004; 240 (6).
23. Fundación Responde. web www.responde.org.ar
24. Goldman LE, Dudley RA. United States rural hospital quality in the hospital compare database. Accounting for hospital characteristics. Health Policy 2008; 87: 112-127.
25. Greenberg C, et al. Centralization of cancer surgery: what does it mean for surgical training? J Clin Oncol 2009; 27 (28): 4637-9.
26. Griffen WO. Specialization within general surgery. Arch Surg 1987; 122: 637-8.
27. Hall SA, Jay S, Kaufman JS, Ricketts TC. Defining Urban and Rural Areas in U.S. Epidemiologic Studies. J Urban Health 2006; 83 (2): 162-75.
28. Harder F. How much subspecialty does the general surgeon needs? Langenbecks Arch Chi. Suppl. Kongressbd 1991; 370.
29. Hays R, et al. Why doctors leave rural practice. Aus J Rural Health 1975(4): 198-203.
30. Heneghan SJ, Bordley J, Dietz PA, et al. Comparison of urban and rural general surgeons: motivations for practice location, practice patterns, and education requirements. J Am Coll Surg 2005; 201 (5).
31. Hobson R, Berguer R. Rural versus Urban general surgical practices. J Am Coll Surg 2007; 187.
32. Humber N, Frecker T. Delivery models of rural surgical services in British Columbia (1996-2005): Are general practitioner-surgeons still part of the picture? Can J Surg 2008; 51 (3): 173-8.
33. Hunter JG, Deveney KE. Training the rural surgeon: A proposal. J Am Coll Surg 2003; 88 (5):14-7.
34. INDEC. Censo 2001.
35. Inglis FG. Surgical care in rural Canada: Training and planning for the future. Can Med Assoc J 1995;15: (10): 153.
36. Kemp JA, Zuckerman RS, Finlayson SRG. Trends in adoption of laparoscopic cholecystectomy in rural versus urban hospitals. Am Coll Surg 2008; 206 (1): 28-32.
37. Kenny A, Duckett S. A question of place: medical power in rural Australia. Social Science and Med 2004; 58: 1059-73.
38. Lange W. ACAP 2001, Bol. 4.
39. Laurence AE. Grandes figuras de la cirugía argentina. Editorial LEA; 1987.
40. Manrique JL. Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. Rev Arg Cirug. Número Extraordinario 2006. pp. 80-153.
41. Maradona L. En es.wikipedia.org
42. Meo G, Andreone D, De Bonis U, et al. Rural surgery in southern Sudan. World J. Surg 2006; 30: 495-504.
43. Miles I. The general surgeon. Brit Med J 1986; 292: 741-2.
44. Moesinger R, Hill B. Establishing a rural surgery training program: a large community hospital, expert subspecialty faculty, specific goals and objectives in each subspecialty, and an academic environment lay a foundation. J Surg Education; 2009; 66 (2): 106-12.
45. Moirano JJ. El futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. Rev Arg. Cirug. Número Extraordinario. 1994. pp. 3-67.
46. Montbrún F. La Declaración de Edimburgo. El Convenio Atención Primaria de Salud-Medicina Preventiva y Social (APS-MPS). Su influencia en el

- pregrado y en la formación del médico. *Gac Med Caracas* 1996; 104 (1): 5-13.
47. Official Publication of The Association of Rural Surgeons of India. 2009; 5 (2).
48. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En es.wikipedia.org
49. Ortiz F. Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Arg Cirug*. Número Extraordinario. 1990. pp. 1-41.
50. Padrón-Arredondo G. Procedimientos quirúrgicos generales en un hospital integral en Quintana Roo. *Cir Ciruj* 2006; 74: 115-20.
51. Reynolds FD, Goudas L, Zuckerman RS, Gold MS, Heneghan S. A rural, community-based program can train surgical residents in advanced laparoscopy. *J Am Coll Surg* 2003; 197 (4): 620-3.
52. Richardson JD. Training of general surgical residents: what model is appropriate? *Am J Surg* 2006; 191: 296-300.
53. Rieb N, Doty B, Heneghan S, Zuckerman R. State of rural general surgery programs: A national survey of rural hospital administrators. *J Am Coll Surg* 2005; S76 Surgical Forum Abstracts.
54. Roca RA, López CB, García Burriel L y cols. El medio rural: una visión mirando al futuro. Anexo: Carta para el médico rural europeo. Euripa, junio 1997.
55. Rodríguez-Paz CA, González-de Blas JJ, Carreón-Bringas RM. Experiencia y estadística quirúrgica en un hospital rural de San Luis, Potosí. *Cir Ciruj* 2009; 77: 115-9.
56. Roman V. El primer médico rural premiado por la Academia de Medicina. En semanaprofesional.com. Consultado el 30 de octubre de 2008.
57. Rourke J, et al. Keeping family physicians in rural practice. Solutions favored by rural physicians and family medicine residents. *Canadian Family Physician* 2003; 49: 1142-9.
58. Salazar Peredo D. Cirugía en el área rural. *Car Med AIS-Bol* 1992; 6 (2): 40-2.
59. Santángelo HD. Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Arg Cirug*. Número Extraordinario. 1999. pp. 9-39.
60. Schiaffino WA. Comunicación personal.
61. Schijvarger R. Enseñanza de la cirugía en el posgrado. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Argent Cirug*. Número Extraordinario 2004. pp.181-211.
62. Schijvarger R. La formación del cirujano en Latinoamérica. *Am Coll Surg* 91 st Annual 2005 oct. 16-20 San Francisco.
63. Schneidman DS. The changing landscape of rural surgery: the view from Oklahoma. *J Am Coll Surg* 2001; 86 (5).
64. Steffes BC. La cirugía en los países en desarrollo. 2006 GMH conf. Pan African Academy of Christian Surgeons (PAACS).
65. Stitzenberg KB, Elin R, Sigurdson EB, et al. Centralization of cancer surgery: implications for patient access to optimal care. *J Clin Oncol* 2009; 27 (28): 4671-78.
66. Telemedicina en hospitales rurales del Chaco 2009. En www.minagri.gob.ar
67. Thompson MJ, Lynge DC, Larson EH, et al. Characterizing the General Surgery Workforce in Rural America. *Arch Surg* 2005; 140: 74-9.
68. Vázquez Valdés E, Aceves Luna E y cols. Práctica quirúrgica especializada en el medio rural en un estado de la República Mexicana. *Cir Gen* 2000; 22: 18-23.
69. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. La enfermedad de los médicos y los sistemas de atención. *Lancet* 2009; 374: 1714-21.