

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA TORÁCICA

RELATO OFICIAL

66º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA TORÁCICA

93º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

“EDUCACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA”

Pablo César Bassan

División Cirugía Torácica - Hospital Militar Central

Año 2023

INDICE

Prólogo	4
Introducción	6
Definición	6
Reseña histórica de la educación en Cirugía Torácica	7
Cirujanos e Instituciones que contribuyeron al desarrollo de la Especialidad	16
Situación actual de la Formación en la Argentina	40
Marco regulatorio y de acreditación por parte del Estado	48
Especialización en Cirugía Torácica. Campo de acción	53
Objetivos educacionales	53
Enseñanza en el Pregrado	53
Carrera de Especialista	55
Propuesta de un Modelo de Programa de Formación. Fundamentos	57
Propósito	58
Composición	58
Selección de candidatos a la Carrera	59
Perfil del egresado	60
Objetivos generales	61
Primer Año	62
Segundo Año	65
Tercer Año	66
Formación Teórica	68
Formación Práctica. Pase de novedades y Recorrida de Sala	74
Consultorio	75

Quirófano	76
Cirugía experimental	77
Entrenamiento en simuladores	78
Rotaciones	83
Formación docente y académica	85
Formación científica y en investigación	87
Formación ética	92
Formación en gestión	94
Responsabilidad médico legal	94
Maltrato en el período de Formación	96
Abordaje de la adicción en la Carrera de Especialista.....	98
Competencias durante la Formación	98
Evaluación de cada nivel de competencia	101
Desempeño quirúrgico	105
Educación profesional continua	110
Recursos para el Perfeccionamiento. Cursos	112
Recertificación	113
Rol de los Cirujanos Maestros en la Formación	114
Planificación de la educación a nivel nacional	114
Rol de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en el proceso educativo	116
Hacia un proyecto legislativo sobre la educación y ejercicio de la Especialidad	118
Perspectivas futuras en la educación de la Cirugía Torácica	120
Conclusiones	121
Referencias bibliográficas.....	124

Prólogo

Corrían los primeros días de enero de este año, y cuando procuraba desconectarme un poco de lo que había sido el año pasado, y a poco de iniciar unas semanas de licencia, recibí un llamado al celular. Era un colega y amigo de muchos años, con el cual trabajo día a día en el hospital, el Dr José María Moreno Negri. Con un timbre de entusiasmo en su voz, me preguntó si había pensado presentar un proyecto con relación al tema que había sido elegido como Relato... Luego de pensarlo un tiempo, muy breve, la afinidad con el tema me llevó a delinear mentalmente un borrador del desarrollo temático, y en el poco tiempo de plazo que quedaba para su presentación, estando ya de vacaciones, a organizar sus contenidos y estructurar el formato, a fin de enviarlo para su evaluación.

Cuando a fines de marzo fui notificado de la selección del proyecto, entendí que debía priorizar su preparación, compatibilizando esto con el resto de mis actividades laborales, familiares y personales, lo cual significó un desafío en sí mismo.

En este punto, quiero agradecer a la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en su conjunto, presidida por el Dr Eduardo Eskenazi, y al Comité Organizador del 66° Congreso Argentino de Cirugía Torácica, presidido por el Dr Gustavo Bondulich, el haberme conferido la responsabilidad de realizar este Relato referido a la Educación de la Cirugía Torácica.

El tema del Relato, que había sido elegido por la mayoría de los Miembros en la Asamblea realizada el año pasado en el Congreso de Mar del Plata, evidenciaba la importancia que tiene para nuestra Sociedad Científica abordar la Educación de la Especialidad en nuestro país.

La elección de este proyecto de Relato lleva implícito un reconocimiento a muchas personas e instituciones. A la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el hogar donde inicié en 1990 mis primeros pasos en la docencia como Ayudante en la 1era Cátedra de Histología a cargo del Profesor Luis Pecci Saavedra, cuando cursaba el 2do año de la Carrera. Al Hospital Militar Central, donde realicé la Residencia de Cirugía General, y allí, especialmente a mi padre, quien fuera Cirujano de Planta y luego Consultor de Cirugía Torácica, y me enseñó los primeros gestos y hábitos quirúrgicos al mejor estilo de la Escuela Molmentiana, es decir, con todo respeto, a lo aprendido por él de su mentor, el Profesor Luis Augusto Molmenti, en el Hospital Fiorito de Avellaneda.

También este Relato lleva en sí un reconocimiento al Hospital Durand, donde cursé la Carrera de Especialista en Cirugía Torácica, y a quien fuera el Director de Carrera en aquel tiempo, el Profesor Elías Hurtado Hoyo y todo el cuerpo docente, integrado, entre otros, por los Doctores Pedro Gómez, Néstor Spizzamiglio y Miguel Galmés.

Asimismo, este Relato es producto de la experiencia adquirida en el Servicio de Cirugía Torácica, Esófago y Trasplante Pulmonar del Hospital Sainte Margarite de Marsella, donde

tuve oportunidad de trabajar con los Profesores Pierre Fuentes, Roger Giudicelli, Pascal Thomas y Christophe Doddoli, y el Interno Xavier Benoît D' Journo, y enriquecerme con diferentes estilos técnicos y criterios quirúrgicos.

Al plantel de la Carrera Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo en aquella oportunidad del Profesor Federico Pérgola, donde estudié, entre sus contenidos, las diferentes variables que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje. A la Fundación Favalaro, donde efectué una Rotación, y en particular a Alejandro Bertolotti, con el cual conocí la realidad del trasplante pulmonar en nuestro país. Al Comité de Educación de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, que tuve oportunidad de integrar cuando funcionaba hace más de 10 años, a cargo del Dr Eduardo Arribalzaga. A la Universidad Austral en su momento, y a la Universidad del Salvador, al Instituto Universitario Barceló y a la Universidad de Buenos Aires en el presente, donde ejerzo la docencia de pre y posgrado. A la División Cirugía General del Hospital Militar Central, cuna de mi formación quirúrgica, y actualmente a la División Cirugía Torácica del mismo Hospital, que me permite conformar un grupo humano armónico, con el cual todos los días se encarán desafíos y se aprende algo nuevo.

Este Relato también es posible y tiene basamento gracias a los conocimientos transmitidos por otros colegas que han sido Relatores o autores en temas afines con la enseñanza quirúrgica, como los Doctores Lucas Mc Cormack, Carlos Valenzuela, Jorge Raimondi, Carlos Vaccaro, Rubén Padín, Hugo Domínguez, Eduardo Arribalzaga y Hugo Esteva; como así también con los aportes y referencias compartidas por los Doctores Semy y Carlos Seineldín, Mario Bustos, Néstor Garrido, Carlos Capitaine Funes, Rolando Pronotto, José Sustersic y Alfredo Aquino.

Finalmente, y nuevamente, al Dr Elías Hurtado Hoyo, que tuvo la gentileza y excelente predisposición de ser el Comentador de este Relato, y a la valiosa colaboración brindada por los Doctores Eduardo Eskenazi, José María Moreno Negri, Guadalupe Rocío Cima, Claudia Meza y Ramiro Cortez Moreno; y a Mariela Luján Ramos, secretaria de la SACT.

A todos, a aquellos que tuvieron influencia en los diferentes pasos de mi vida profesional, y a los que de una forma u otra colaboraron en la actualidad; a mi familia, esposa Verónica y Matías, nuestro amado hijo, muchas gracias.

Pablo César Bassan

Introducción

El tema que nos ocupa “Educación en Cirugía Torácica” es, sintéticamente, reflexionar acerca de cómo se enseña la misma y las diferentes aristas que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Especialidad contiene.

Se procurará tener una perspectiva global a nivel país, pero también, una óptica específica focalizada en la actividad hospitalaria, para saber dónde estamos ubicados hoy.

Teniendo un diagnóstico de nuestra situación actual, y el rol que cumplen, o es necesario que cumplan, las diversas instituciones médicas, universitarias y societarias, es entonces que podremos repensar y planificar el presente y futuro de la formación y la educación continua en la Especialidad.

Definición

La educación es, entre varias definiciones que se pueden encontrar en la literatura, la disciplina que se ocupa de los diversos métodos de enseñanza y de aprendizaje en las diferentes instituciones educativas y en los grupos sociales, con el objetivo de transmitir conocimientos, habilidades, creencias y hábitos.

Etimológicamente, la palabra educación proviene del latín *educatio* (“crianza”) o de *educio* (“educio, entreno”)¹.

El término cirugía procede del griego *jeir* (“mano”) y *ergon* (“trabajo”). Así la palabra *jeirourgeia* se refiere al trabajo realizado con las manos, y específicamente a la manipulación de las estructuras anatómicas con un fin médico.

Torácica deriva del griego antiguo *thorakikos* (“enfermo del pecho”).

La “Educación en Cirugía Torácica” nos lleva entonces a abordar el proceso de enseñanza y aprendizaje en esta Especialidad quirúrgica que se dedica al estudio y tratamiento de las patologías que afectan al tórax, tanto a su continente como a su contenido, es decir, pared torácica, pleura, pulmón, mediastino, árbol tráqueo-bronquial, esófago y diafragma, incluso la cavidad pericárdica, pero excluyendo a las afecciones intrínsecas del corazón, los grandes vasos y la patología mamaria.

Reseña histórica de la educación en Cirugía Torácica

La Cirugía Torácica es rama, como las demás especialidades quirúrgicas, de un mismo tronco: la Cirugía.

Al referirnos entonces a los orígenes de la educación en esta especialidad, debemos remontarnos y analizar en qué época de la historia el ser humano abordó quirúrgicamente el tórax con finalidad terapéutica, y transmitió de alguna manera esa experiencia.

Hace aproximadamente 2.500 años, en el territorio de la península balcánica y la región insular del Mar Egeo donde se desarrollaba la cultura griega, podríamos considerar los inicios de los primeros gestos manuales invasivos sobre el tórax con intención curativa, a la luz de la documentación hallada hasta el presente, y siendo descartada la práctica de la cirugía torácica en el antiguo Egipto, según estudios en las páginas del Papiro de Edwin Smith (Figura 1).⁽²⁻³⁾



Figura 1. Papiro Edwin Smith. Partes VI y VII, Academia de Medicina de Nueva York

Así, es sabido que Hipócrates (460-370 AC), considerado el padre de la medicina occidental, y precursor de la ética médica con su principio de humanismo “*primum non nocere*” (ante todo no hacer daño), presumiblemente también pueda ser considerado el primer cirujano torácico de la historia (Figura 2) pues evacuaba el pus de la cavidad pleural.⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾

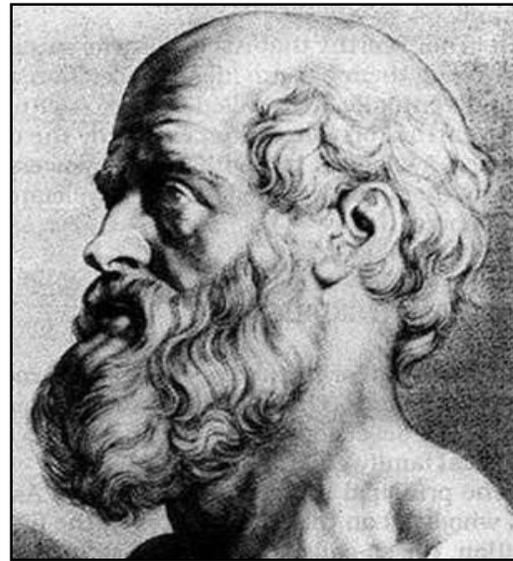


Figura 2. Antigua Grecia e Hipócrates, el padre de la medicina occidental, probablemente también pueda ser considerado el primer cirujano torácico de la historia.

La historia transcurriría desde entonces y durante siglos con un vacío documental sobre el esfuerzo del hombre para adentrarse en la cavidad torácica, habiendo sólo registros anecdóticos, y siendo la mayoría de estas terapias curativas abordajes realizados a través de la misma herida traumática (Figura 3) como consecuencia de siglos de guerras e invasiones. Valga como ejemplo el de Rolandus de Parma y su discípulo Hugo Borgognoni de Lucca, que posiblemente en 1252⁷ realizaron satisfactoriamente por primera vez una resección pulmonar, en un enfermo en el que la víscera se herniaba por una herida abierta de la pared torácica.⁽⁸⁻⁹⁾



Figura 3. Las figuras del centro y la derecha del panel superior muestran la apertura del tórax para remover una flecha y una lanza¹⁰.

Recién en el siglo XVI, el genio y la obra de Ambrosio Paré (1510-1590), barbero y cirujano francés, considerado el Padre de la Cirugía, la Anatomía y la Sanidad militar (Figura 4), trató heridas por arcabuces y otras armas de fuego, controlaba hemorragias mediante cauterización y torniquetes, y drenaba con tubos colecciones del tórax¹¹, como de otros sitios del organismo.



Figura 4. Ambrosio Paré, considerado el Padre de la Cirugía, la Anatomía y la Sanidad Militar

A finales del siglo XVIII, se le ha acreditado al cirujano francés Pierre Joseph Desault (Figura 5) el mérito de haber accedido por primera vez al pericardio a través de una toracotomía, para puncionarlo¹² y evacuar un derrame diagnosticado mediante auscultación. Sin embargo, esa no parece ser la verdadera historia.

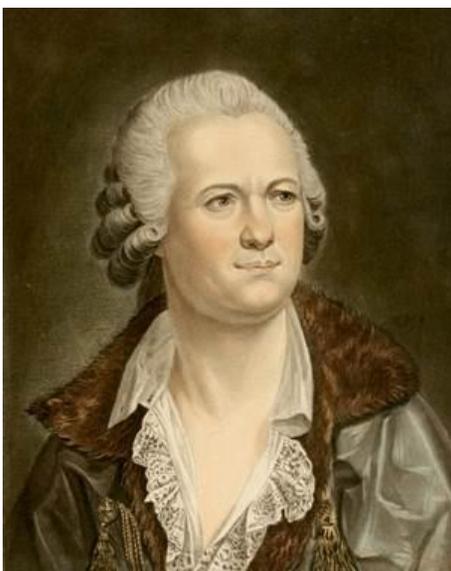


Figura 5. Pierre Joseph Desault (1744 -1795). Mucha incertidumbre rodea el verdadero objetivo de su famosa toracotomía: ¿evacuó la cavidad torácica o pericárdica?¹³.

Los siglos transcurrían y el estudio de la propia historia nos muestra que no se puede precisar una fecha o un evento específico que marque el inicio de la Cirugía Torácica como tal, y menos aún la enseñanza de la misma. Sus raíces son multinacionales, y así como en ciertos países se originó en manos de barberos, en otros fue a partir de los sangradores, en ambos casos “cirujanos” de tiempos pretéritos.

Luego de varios siglos de prácticas quirúrgicas, que bien podrían ser consideradas como experimentales, donde las operaciones que se llevaban a cabo eran reales tormentos para el paciente -que con frecuencia fallecía durante el mismo acto- llegamos al siglo XIX, en el cual hay un surgimiento de cirujanos, en varios países de Europa y Norteamérica, que actuaron en el compartimento torácico.

Hechos históricos como las heridas en combate y las epidemias, como la de tuberculosis en diferentes regiones, incluido nuestro país, sumado a procesos infecciosos como la hidatidosis y otros, propiciaron el desarrollo de técnicas quirúrgicas y una mayor comprensión de la fisiopatología respiratoria.

Asimismo, es evidente el paralelismo entre la evolución de la cirugía torácica y el desarrollo de la anestesia y la tecnología médica.

Se podrían delinear en la historia trascendente de la cirugía torácica, en consecuencia, tres períodos.

El primero fue determinado alrededor del año 1900 por aquellos Cirujanos Generales pioneros confrontados con la supuración pleuropulmonar durante y después de la I Guerra Mundial y con la epidemia de influenza de 1918, desprovistos de antibióticos, transfusiones y cuidados intensivos. Los empiemas pleurales tenían una mortalidad cercana al 50 %, predominando así las intervenciones parietales, que significaron las raíces de la Cirugía Torácica.

El segundo período está marcado por el explosivo desarrollo de la resección pulmonar para la tuberculosis, seguida del tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón, patología que se presentaba en aumento, relacionada con el incremento del consumo de cigarrillos. En este período se refinaron las técnicas quirúrgicas de los cirujanos que se especializaban en la patología torácica alrededor de la II Guerra Mundial, deviniendo de esta forma la Cirugía Torácica como una especialidad autónoma.

El tercer período se centra en la progresión de algunos cirujanos pulmonares hacia la cirugía cardíaca, lo que culminó con el tratamiento de la enfermedad arterial coronaria y con el by-pass coronario. Esta focalización en la patología cardíaca condujo al nacimiento de una nueva especialidad: la Cirugía Cardiovascular, que tomaría su rumbo, independizándose de la

cirugía torácica propiamente dicha, que también seguiría, en la mayoría de los centros de formación, su camino propio.

En las últimas décadas del siglo XX, con los cambios del perfil epidemiológico en los países desarrollados y en vías de desarrollo, donde las enfermedades neoplásicas y el trauma se han vuelto más relevantes por el aumento en su incidencia, la cirugía torácica ha dado un giro trascendental hacia la alta complejidad con nueva tecnología.

Trazada esta línea con mojones históricos de la Cirugía Torácica, procuraremos hilvanar cómo se ha desarrollado la educación de la misma con cierta metodología, sobre bases científicas, en el exterior y en nuestro país.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el adiestramiento de los jóvenes médicos en un área determinada de la profesión se parecía bastante a la relación entre maestro y aprendiz propia de las cofradías medievales. El aumento de la demanda, y la complejidad creciente del conocimiento especializado, llevaron a una mayor formalización de la enseñanza y al incremento de la participación institucional, donde fueron protagonistas las sociedades científicas, las escuelas de medicina, los organismos responsables de la salud pública y el sistema hospitalario. Se organizan cursos con pautas académicas definidas, y se establecen requisitos mínimos de práctica que garanticen las habilidades y conocimientos propios de la especialidad. En Alemania, a partir de las experiencias de las clínicas universitarias berlinesas, comienza a difundirse un sistema de capacitación intensiva en servicio de los cirujanos, cuya exigencia es tal que los mismos prácticamente están obligados a vivir en el hospital. En 1889, William Halsted (Figura 6), jefe del servicio de cirugía general del Johns Hopkins Hospital de Baltimore y profesor de la asignatura en la escuela de medicina homónima, que se había formado como cirujano en Alemania, traslada el sistema a los Estados Unidos, adaptándolo a la idiosincrasia del país. Los médicos noveles que recibían este adiestramiento eran denominados residentes, por la exigencia de residir en el centro de formación¹⁴.



Figura 6. William Stewart Halsted

La educación médica, consolidada en el Nuevo Mundo en las últimas décadas del siglo XIX, se inspiró en los modelos europeos preponderantes, mientras que en los países iberoamericanos la formación se basó predominantemente en la escuela francesa.

En el mismo siglo XIX, por estas latitudes, se formalizaba la enseñanza médica universitaria, y así, en 1821 se fundaba la Universidad de Buenos Aires, siendo el primer profesor universitario de Cirugía Juan José Montes de Oca (1806-1875) en el Hospital de Hombres, luego conocido como Hospital de los Padres Betlemitas, que funcionó hasta la construcción del Hospital Buenos Aires, que poco tiempo después se llamaría Hospital de Clínicas, finalizada su construcción en 1879, y asimilado a la Universidad de Buenos Aires. En ese hospital recién inaugurado trabajó Ignacio Pirovano (1844-1895), a quien se considera el primer maestro de la Cirugía argentina, y entre sus discípulos se destacaría Alejandro Posadas (1870-1902) considerado el fundador de la Cirugía Torácica en nuestro país¹⁵ (Figura 7).



Figura 7. Profesor Alejandro Posadas

Llevó a cabo las primeras resecciones de quistes hidatídicos pulmonares con “pleura libre”, evitando el temible colapso pulmonar secundario a la apertura del tórax mediante “arponaje” del parénquima a la pared. Montó por sus propios medios, anexo a la Cátedra de Clínica Quirúrgica, un laboratorio de Anatomía Patológica que instaló en el sótano del Departamento de Operaciones¹⁶.

Introdujo en la Argentina la filmadora, de reciente invención en Francia en 1895 por los hermanos Lumière, destinando su uso con propósitos educacionales en medicina, y así filmando en el Hospital de Clínicas la operación de quiste hidatídico de pulmón con la técnica

de su creación en el año 1899, siendo asistido por Rodolfo Roccatagliata, quien efectuó la anestesia con cloroformo en gotas sobre la cara del paciente. (Figura 8).



Figura 8. Posadas Alejandro. Intervención por quiste hidatídico pulmonar, primera cirugía filmada en el mundo, realizada en el viejo Hospital de Clínicas, Buenos Aires, 1899.

Fue la primera intervención quirúrgica filmada en la historia del cine, dato avalado por las cinematecas de Francia y de Bélgica. En sus clases, Alejandro Posadas se valía de una variedad de recursos visuales con el objetivo de facilitar a los estudiantes el aprendizaje de la cirugía, empleando dibujos sobre tablas, esquemas o fotografías ampliadas a tamaño natural. Practicó las primeras radiografías positivas en papel, que anexaba al protocolo quirúrgico junto a ilustraciones anatómicas y técnicas. Las actividades de investigación, docencia e innovación en métodos de enseñanza - aprendizaje que implementó, significarían un faro luminoso para las futuras generaciones de cirujanos argentinos. En 1902, quebrantada ya su frágil salud por la tuberculosis, partió a París donde falleció¹⁷.

El breve pero fructífero legado quirúrgico de Posadas sería continuado por dos de sus practicantes más notables, Enrique Finochietto (1881-1948) y José Arce (1881-1968), quienes fundaron señeras escuelas quirúrgicas que se convertirían en verdaderas simientes de la enseñanza de la cirugía en nuestro país (Figura 9), siendo este último el que abordó con mayor énfasis la Cirugía Torácica, por influencia de Alejandro Posadas, en el ámbito del Hospital de Clínicas¹⁸.



Figura 9. Enrique Finochietto y José Arce, cirujanos señeros de la educación quirúrgica en la Argentina

Para recorrer el camino de la educación médica desde aquellos tiempos hasta el presente, describiremos el proceso que se desarrolló con las especialidades, hasta que la cirugía torácica fuera reconocida como tal.

La formación de los especialistas reconoce en la Argentina distintas etapas. Luego de la primera etapa, en la que clínicos y cirujanos se capacitaban junto a un maestro, comenzó a generalizarse el perfeccionamiento en los principales centros europeos. Como ya se ha dicho con anterioridad, el destino de los noveles médicos argentinos fue mayoritariamente Francia¹⁹. Esta elección no era casual ni meramente científica, sino que respondía a profundos vínculos culturales y en gran medida afectivos. Con los años, el horizonte de formación externa de los médicos argentinos se amplió, y a los grandes centros franceses se agregarán primero los de Alemania y luego los de Estados Unidos y Gran Bretaña. En el orden local, el eje de la formación de posgrado lo constituían las “Salas Cátedra”. Recibían esta denominación aquellos servicios hospitalarios que eran sede de cátedras de la Facultad de

Medicina, y donde se desarrollaba la docencia universitaria. Podían estar localizados en hospitales universitarios, como los Hospitales de Clínicas de Buenos Aires o Córdoba y el Hospital del Centenario de Rosario, o en otros hospitales públicos. Tenían como común denominador el aglutinar profesionales jóvenes alrededor de un profesor prestigioso, los que se capacitaban en la especialidad elegida participando en cursos y ateneos, pero fundamentalmente a través del adiestramiento que significaba la práctica diaria en el servicio. Así surgieron “escuelas” informales alrededor de grandes cirujanos como José Arce, Pedro Chutro y Enrique Finochietto en Buenos Aires, Ernesto Romagosa y Pablo Mirizzi en Córdoba o Enrique Corbellini y Tomás Varsi en Rosario.

La concurrencia hospitalaria como modalidad de capacitación no se agotaba en las “Salas Cátedra”. Otros servicios especializados encabezados por cirujanos prestigiosos se constituyeron en centros reconocidos de formación. El caso más destacado tuvo como protagonista a Ricardo Finochietto, jefe de la Sala III del Departamento de Cirugía del Hospital Rawson, quien, en 1933, con el apoyo de su hermano Enrique, Jefe de dicho Departamento, comenzó a sentar las bases de su futura escuela quirúrgica, estableciendo una programación para el entrenamiento en servicio de sus profesionales y estableciendo un examen de antecedentes como requisito de ingreso²⁰. Las características del mismo eran la capacitación quirúrgica intensiva en servicio, la evaluación continuada y permanente y requisitos de ingreso sumamente rigurosos. De estos cursos surgieron numerosos cirujanos altamente capacitados, que desarrollaron su actividad en distintos lugares del país.

La primera experiencia enmarcada en un sistema de residencia tuvo lugar a partir de 1944 en el Instituto de Semiología que dirigía Tiburcio Padilla en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires. Varios años después se creó la primera residencia quirúrgica, que se extendió de 1952 a 1955 en el entonces Policlínico de Lanús. Poco después, Augusto Moreno regresa de Nueva York, donde realizó la residencia de cirugía general, y Ricardo Finochietto le confió la dirección de la nueva residencia a instalarse en el nosocomio recientemente inaugurado. Esta primera residencia quirúrgica tuvo un gran impacto en los conceptos vigentes para la formación de cirujanos. Usualmente se aceptaba que el período de entrenamiento rondaba los diez años, lo que se acortó a tres años con la dedicación exclusiva y el adiestramiento intensivo de la residencia. A diferencia de estas experiencias precursoras, que tuvieron carácter aislado, a fines de los años '50 comienzan a desarrollarse lo que Brea llama residencias planificadas, que contribuyen al afianzamiento del sistema¹⁷.

En 1957 se crea la residencia de cirugía en la III Cátedra de Cirugía a cargo de Mario M. Brea, con sede en el Hospital Durand, y en 1959 comienza su actividad la residencia quirúrgica del Hospital de Clínicas en el Instituto de Clínica Quirúrgica dirigido por Andrés Santos y al año la similar del Hospital Militar Central, a cargo de Oscar L. Aguilar¹⁴.

En la década del '60 la educación médica especializada vio surgir numerosas residencias, impulsadas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación y sus similares de la Provincia

de Buenos Aires y de la Municipalidad porteña. El sistema se extenderá también a instituciones privadas, siendo uno de los pioneros el Hospital Italiano, seguido posteriormente por centros de Gonnet y Mar del Plata. Más allá de las dificultades, las residencias se consolidaron y extendieron a todo el país, y particularmente las de cirugía torácica se desarrollaron en Rosario, Córdoba, y a partir de 1996, en el Hospital de Clínicas José de San Martín de Buenos Aires.

Cirujanos e Instituciones que contribuyeron al desarrollo de la Especialidad

Los principales cirujanos argentinos, a comienzos del siglo XX, realizaron procedimientos sobre el tórax, aunque, lógicamente, no se los puede considerar formalmente especialistas. La transición y polarización de los cirujanos a cirujanos torácicos fue un proceso que transcurrió a lo largo de décadas, y recién fue consolidándose a fines del siglo pasado. Describiremos entonces la trayectoria de aquellos que sentaron las bases y las de quienes tomaron la antorcha y continuaron el desarrollo y la enseñanza de la especialidad.

La vida y acción de José Arce estuvo fuertemente ligada al Instituto de Clínica Quirúrgica, que fundó en 1923, y que, con el viejo Hospital de Clínicas, pertenecían a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A él se deben, entre otras, las construcciones actuales de las Facultades de Medicina y del nuevo Hospital de Clínicas²¹. Su habilidad clínica-quirúrgica y su vocación por la cirugía torácica lo lleva en 1936 a realizar por primera vez con éxito una neumonectomía por pulmón poliquistico. Abocado también a la educación y política universitaria, llega a ser designado Rector de la Universidad de Buenos Aires. Continuando un hilo conductor, cabe mencionar la labor de uno de sus discípulos, Oscar Ivanisevich, sobre el tratamiento de los quistes hidatídicos de pulmón, teniendo también un papel asistencial y educativo preponderante, como jefe de Sala y Director del Instituto de Clínica Quirúrgica entre 1952 y 1954, respectivamente.

Mario Brea, toma de alguna manera la posta en cirugía torácica, ejercida como “especialidad” por iniciativa de Arce. En 1936 lleva a cabo un perfeccionamiento en cirugía torácica en Berlín y Estados Unidos. En 1955 es designado Profesor Titular de Cirugía y Director del Instituto de Clínica Quirúrgica del viejo Hospital de Clínicas, desarrolla la cirugía cardiovascular y se inician en esa época los trabajos en circulación extracorpórea. En 1957 es nombrado Profesor Titular de Clínica Quirúrgica con sede en el Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico del Hospital Durand y organiza el sistema de Residencias Hospitalarias con un programa de evaluación y control. Presidente del Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), Decano de la Facultad de Medicina, Presidente de la Academia Argentina de Cirugía en 1956 y de la Asociación Argentina de

Cirugía en 1961, llegó a ocupar el cargo de Ministro de Salud de la Nación. A partir de 1950 desarrolló la cirugía torácica y cardíaca, revolucionando con su experiencia esta especialidad.

Jorge Taiana, graduado en 1936, distinguido discípulo de José Arce, comienza con Brea y Santos las instrucciones que le diera su maestro, formar la estructura departamentalizada hacia la cirugía torácica. En 1941 recibe una beca para perfeccionarse en Boston, regresando con una sólida formación quirúrgica. En 1948 alcanza el grado de Profesor Titular y en la década del 60 se dedicó a la organización del Instituto de Cirugía Torácica del que fue su fundador y primer director²², impulsando el crecimiento de la especialidad y formando un importante número de discípulos. Se dedicó luego a la política universitaria, siendo Decano de la Facultad de Medicina, y Rector de la Universidad de Buenos Aires. En 1973 fue designado Ministro de Cultura y Educación de la Nación.

Hugo Esteva, graduado en 1968, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital de Clínicas y la de Cirugía Oncológica en el Instituto Roffo, desarrollando gran parte de su carrera y luego la jefatura de División de Cirugía Torácica en el Hospital de Clínicas, donde en 1992 se lleva a cabo el primer trasplante de pulmón en hospital público. Su vocación por la enseñanza se tradujo en numerosos libros y trabajos publicados. Eduardo Arribalzaga, recibido de médico en 1975, también llevó a cabo gran parte de su carrera quirúrgica en el Hospital de Clínicas, y su formación en cirugía torácica en el Hospital Ramos Mejía. Evocando el ejemplo de Andrés Santos, su vocación por la educación médica lo llevó a obtener el premio “Andrés Santos de Educación” de la Asociación Argentina de Cirugía en cuatro oportunidades, además de ser autor de numerosos trabajos sobre la materia.

Hasta aquí, una sucinta síntesis de quienes tuvieron, entre otros, un rol docente destacado en la escuela quirúrgica del Clínicas, contribuyendo particularmente al desarrollo educativo de la cirugía torácica en nuestro medio.

Retrotrayéndonos a las postrimerías del siglo XIX, se describirá a continuación lo acontecido en la otra escuela quirúrgica predominante en Buenos Aires de aquellos tiempos, el Hospital Rawson.

Fundado en 1868 como Hospital de Inválidos para Ex Combatientes de la guerra con el Paraguay, el Hospital Guillermo Rawson era uno de los más grandes que poseía la ciudad. En él se formaron grandes figuras de la cirugía argentina, donde se destacarían, inicialmente, Enrique Finochietto. De la mano de Posadas, Herrera Vegas y David Prando, se convertiría en maestro de cirujanos e inventor de muchos instrumentos de uso corriente, entre los cuales se encuentra el separador torácico con cremallera irreversible, que se utilizó en todo el mundo. Así, su nombre no sólo resuena como emblema de la cirugía argentina, sino que traspasa fronteras, y es considerado y respetado en centros americanos y europeos. Con su hermano Ricardo, en 1938 crearon la Escuela Quirúrgica para Graduados, donde tuvieron lugar las famosas “sesiones quirúrgicas”, emprendiendo los hermanos Finochietto su tratado

de Técnica Quirúrgica²³. Enrique dejó a su vez a muchos discípulos, que serían luego también maestros, entre los cuales se encontraba, descollante, su hermano Ricardo, quien tuvo una vida asistencial, académica y societaria intensa y extensa, llegando a tener 300 trabajos presentados y planificando la puesta en marcha de 3 hospitales.

Siguieron al maestro, Oscar Vacarezza, Horacio Resano, Néstor Turco, Manuel Vázquez, Alfonso Albanese, Leoncio Fernández, Julio Uriburu, Vicente Pataro y otros.

La historia del Hospital Rawson y la Escuela de Graduados gestaron, como se mencionó, a un brillante cirujano, Oscar Vacarezza. Su formación en Cirugía Torácica y Tisiología lo llevó a ocupar la Jefatura de la Cátedra de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz. Reconocido por sus habilidades en la especialidad, recorrió el país difundiendo la misma. En 1955 fue Director del Instituto de Cirugía Torácica y de la Tuberculosis. Sus numerosos trabajos científicos se relacionan con la patología pleuropulmonar, el trauma torácico y la tisiocirugía, La Sociedad Argentina de Cirugía Torácica surgió como inquietud del Dr. Vacarezza en 1945, pero se fundó en 1948 durante las Primeras Jornadas Argentinas de Cirugía Torácica en el ámbito del flamante Instituto de Cirugía Torácica de la ciudad de Buenos Aires.

Horacio Resano, graduado en 1930, en la Escuela de Cirugía para Graduados del Hospital Rawson se orientó hacia la cirugía del esófago, creando métodos, instrumental y procedimientos para acceder al órgano. En 1947 participó como invitado oficial al Congreso Francés de Cirugía, y los grandes maestros de entonces no le escatimaron elogios y admiración. En la Academia de Cirugía de París se lo llamó introductor, en Francia, de la gran cirugía de esófago. Sus méritos fueron reconocidos por los propios hermanos Finochietto, y por cirujanos de Europa y Estados Unidos, como el creador y cultor de la esofagología integral.

Juan Carlos Olaciregui, discípulo de Diego Zavaleta, trabajó durante 35 años en la Escuela Finochietto del Hospital Rawson. Cuando cierra este Hospital se traslada al Hospital Alvear, y finalmente al Hospital Pirovano, donde desarrollaría una prolífica y señera actividad en la cirugía esofágica.

Jorge Alberti, recibido de médico en 1957, inicia su formación en el Hospital Rawson. Su maestro en cirugía esofágica fue Juan C. Olaciregui. En 1978 ingresa al Hospital de San Isidro, donde alcanza la Jefatura del Servicio de Cirugía, y en 1989 ocupa el cargo de Director asociado de Cirugía. Su trabajo en cirugía torácica, junto a su maestro, ha sido de referencia a nivel nacional.

Desde fines del siglo XIX las escuelas quirúrgicas francesa, alemana y austríaca eran los más altos exponentes de la cirugía mundial²⁴, como también lo serían ciertos centros de Norteamérica, donde numerosos cirujanos argentinos se perfeccionaron y transmitieron luego aquí no sólo lo aprendido técnicamente, sino la metodología de aprendizaje.

Mario Brea (1905-1979), discípulo de Arce, que visitó Alemania para aprender de Sauerbruch y completó luego su formación en los Estados Unidos, introdujo entre nosotros la ligadura por separado de los elementos del hilio en las resecciones pulmonares y, años después, la circulación extracorpórea en cirugía cardíaca²⁵. Mientras, había sido el primero en publicar la casuística que señaló la importancia diagnóstica de la broncoscopía en el manejo del cáncer de pulmón²⁶. Paralelamente, su discípulo Eduardo Schieppati describió por primera vez en el mundo la punción broncoscópica trans-traqueal en 1948 para obtener material histológico de los ganglios mediastinales²⁷.

La profundización de los conocimientos en cirugía, conjuntamente con los avances tecnológicos, condujo a la necesidad de capacitación y dedicación específica en la especialidad, lo cual había sido reconocido por John Alexander, que en 1928 creó e implementó el primer programa de residencia en cirugía torácica en el Hospital Ann Harbor,

En 1957 Mario Brea, a cargo de la Cátedra de Cirugía del Hospital Durand, secundado por Andrés Santas (1913-1985) inician la primera Residencia Universitaria en Cirugía General, trasladándola luego al Hospital de Clínicas.

Andrés Santas, graduado de médico en 1935, realizó el Practicantado en el Hospital de Clínicas e ingresó al Instituto de Clínica Quirúrgica trabajando con Mario Brea, su maestro. Desde un principio se inclinó a la cirugía torácica, trabajó con Edward Churchill en la Universidad de Harvard y en el Johns Hopkins con Alfred Blalock. Luego de una intensa actividad asistencial y docente en los Hospitales Durand, Ramos Mejía y Argerich, en 1971 reemplaza a Mario Brea en el Nuevo Hospital de Clínicas y es nombrado Profesor Titular, continuando la labor que emprendiera Brea en la 1era Cátedra. Su pasión por la educación médica lo llevó a ser Decano de la Facultad de Medicina y luego Rector de la Universidad de Buenos Aires. Muchos y notables fueron sus discípulos, entre ellos los doctores Spatola y Bracco, abocados a la cirugía torácica.

José Spatola, graduado en 1947, fue Jefe del Equipo de Cirugía Torácica de la 1era Cátedra de Cirugía del Hospital de Clínicas entre 1962 y 1964, luego Profesor Adjunto en el Hospital Argerich hasta 1970 y Jefe de Departamento de Cirugía en el Instituto Ángel Roffo desde 1977 hasta 1986. Publicó una vasta cantidad de trabajos científicos y recibió numerosos premios.

Contemporáneamente, en Córdoba, José Antonio García Castellanos incorpora oficialmente en 1961 el sistema de Residencia en el Hospital de Córdoba, naciendo así la primera residencia del interior del país²⁸.

La evolución de la cirugía devino en la necesidad de residencias especializadas, actualmente denominadas post básicas o de segundo nivel, surgiendo así la residencia en Cirugía Torácica²⁹.

En la ciudad de Buenos Aires y la zona conurbana muchos hospitales surgieron desde mediados del siglo XIX, varios de ellos respondiendo a las necesidades de salud de determinadas comunidades de inmigrantes, otros destinados a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas, y algunos para asistencia especializada. En este mosaico institucional sanitario, el desarrollo de la cirugía torácica y su enseñanza no fue homogéneo, sino que prevaleció históricamente en algunos de ellos.

El Hospital Rivadavia, antiguamente Hospital de Mujeres fundado en 1774 en la Iglesia de San Miguel, tuvo como Practicante y posteriormente Director del Hospital durante una década a partir de 1936, a Adrián Bengolea, quien fue, según Laurence, el primer cirujano que extirpó el esófago. Sus discípulos más destacados fueron Carlos Velazco Suárez y Alejandro Pavlovsky. Asimismo, Miguel Enrique Bellizzi, quien se formara en el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular que encabezaba el Profesor Mario Brea en el Hospital de Clínicas, y luego se perfeccionara en Estados Unidos junto a Michael De Bakey, Denton Cooley y Stanley Crawford, entre otros, integró el plantel de cirujanos de este nosocomio cuando el Hospital Rawson fue desmantelado. Su mención, es un homenaje en virtud de haber realizado el primer trasplante de corazón con éxito en el país, llevado a cabo en la Clínica Modelo de Lanús en 1968.

El Hospital Francés fue el primer Hospital de Colectividad que tuvo asiento en la Argentina en el año 1832, sirviendo de nucleamiento y socorro para la comunidad de residentes franceses. Entre sus médicos destacados se encuentra Eduardo N. Saad, Jefe de Cirugía Torácica del Hospital Francés y con más de cuatro décadas de trayectoria, referente de la especialidad. Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en 1987, fue designado Relator del Congreso Argentino de Cirugía en el año 2005 sobre “Historia de la Cirugía Argentina”, exhaustivo trabajo sobre el cual este mismo autor que suscribe se valió para analizar y obtener datos históricos de los cirujanos argentinos que se desempeñaron y contribuyeron al desarrollo y la enseñanza de la cirugía torácica en nuestro país. Wilfrido Antonio Luciani, graduado en 1972, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Salaberry, culminando en 1976. Ingresó al Servicio de Cirugía General y Torácica del Hospital Francés, desempeñándose en diferentes funciones, con especial dedicación a la cirugía torácica. Desplegó una intensa actividad en cursos y congresos, autor de publicaciones y libros de la Especialidad.

El Hospital Británico, cuyo nacimiento data de 1853, fue reconstruido en 1886 con aporte del gobierno inglés e inmigrantes británicos. Aportó a la cirugía argentina figuras como Alberto Laurence, quien ingresara como médico interno residente en 1941 y tuviera una prolífica actividad asistencial, docente y académica, recibiendo numerosas distinciones y nombramientos societarios. Sus discípulos se convertirían luego en referentes de distintas especialidades. Daniel Funes, cirujano formado en el Instituto de Cirugía de Haedo y que se desempeñó allí en el Sector Cirugía Torácica del Servicio de Ivan Goñi Moreno, desarrolló con su experiencia docente y depurada técnica quirúrgica, la enseñanza de la cirugía torácica

en el Hospital Británico y en todo claustro donde se presentara. Tomás Angelillo Mackinlay fue también uno de los destacados cirujanos que desarrolló la cirugía torácica, impulsando el programa de entrenamiento que luego daría lugar a la Carrera de Especialista en el Hospital Británico. Domingo J. Chimondeguy, graduado en 1979, realizó la Residencia en Clínica Quirúrgica en el Hospital Aeronáutico Central, servicio bajo las direcciones de Tomás Piñeiro, Jorge Buquet y Luis Molmenti, finalizándola en 1984. Ingresó luego en el Hospital Municipal de San Isidro, y a partir de 1986 comenzó su entrenamiento en cirugía torácica en el Hospital Británico a cargo de Tomás Angelillo Mackinlay, desempeñándose en 1988 como Instructor de Fellows y en 1990 incorporándose como Médico de Planta del Servicio de Cirugía Torácica y Subdirector de la Carrera de la Especialidad en el Hospital. En 1999 se desvincula del Hospital Británico y se hace cargo de la Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Austral. En la actualidad, Gustavo Lyons continúa los pasos de su predecesor, quedando a cargo del Servicio de Cirugía Torácica y la Carrera de Especialista en el Hospital Británico.

El Hospital Italiano, cuya piedra fundamental se colocara en su primer emplazamiento en 1854, se trasladaría luego a su actual ubicación, inaugurándose en 1901. La Escuela Quirúrgica que aquí tuviera asiento y fructífera proyección hasta el presente tiene sus orígenes en el legado de Alfredo Pavlosky, y en la obra de Francisco Loyúdice y Enrique Beveraggi, artífices que permitieron estructurar un servicio quirúrgico de gran prestigio nacional. Entre sus distinguidos discípulos, se destacaron en cirugía torácica Enrique Caruso, Bartolomé Vasallo y su propio hijo Enrique. Enrique Caruso se graduó en 1962, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Italiano y desde 1970 a 1973 concurre al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Cetrángolo, cuyo Jefe era Aldo Bracco. Luego concurre al Servicio de Cirugía Torácica del Mount Sinai Hospital, New York, en calidad de Fellow, regresando en 1975 y organiza el Servicio de Cirugía Torácica en el que se lo designa Jefe. En 1989 integra el Equipo de Trasplante de Pulmón y ese mismo año alcanza el título de Doctor en Medicina con el tema “Exploración quirúrgica del mediastino”. Autor prolífico de trabajos científicos, de investigación y educación médica, fue galardonado con numerosos premios. Bartolomé Vasallo, médico egresado en 1970, llevó a cabo la Residencia de Cirugía en el Hospital Italiano, continuando luego como Médico de Planta. En 1978 ingresó al Sector bajo la Jefatura de Enrique Caruso, y luego lo sucedió asumiendo como Jefe de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. Concurrió a numerosos servicios de hospitales de Francia y Estados Unidos. Autor de una rica producción de trabajos científicos y capítulos de libros, publicados en el país y en el extranjero, se destaca entre sus aportes a la cirugía torácica la realización del primer trasplante unipulmonar en el país en 1982³⁰, en el contexto de un programa de trasplante pulmonar multicéntrico en colaboración con el Hospital de Clínicas José de San Martín. David Smith, en la actualidad, continúa los pasos de sus predecesores en el desarrollo y docencia de la Cirugía Torácica.

El Hospital “María Ferrer”, fundado en 1936 en plena epidemia de tuberculosis que afectó gravemente a la población argentina, tuvo a Moisés Rosenberg como cirujano torácico de destacada trayectoria. Formado en el Instituto Modelo Hospital Rawson, y desempeñándose en el Hospital Argerich, fue discípulo de Aquiles Roncoroni y Vicente Roger. Se dedicó arduamente al posgrado, llegando a ser Director de la Carrera de Especialista en Cirugía Torácica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1956, durante la epidemia de poliomielitis, se implementa en este Hospital la terapia intensiva respiratoria, y como consecuencia de ello se desarrollaron actividades conexas como la fibrobroncoscopia (llevadas a cabo por Arauz y Fonseca) y evaluaciones funcionales respiratorias quirúrgicas³¹. También aquí se realizó el primer trasplante de pulmón del país, y número 20 del mundo, por Mahlez Molins en 1967³². A partir de 1973 se organiza el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular a su cargo. A partir de 1983 cesó la cirugía cardíaca, siendo un servicio de cirugía torácica, y desarrolló un programa de trasplante experimental en perros. Conformó luego un grupo cooperativo con la Fundación Favaloro, logrando trasplantar dos pacientes en este Hospital público, y varios en la Fundación Favaloro. Desarrollo un programa de rehabilitación modelo en el país. En 1995 impulsó un programa clínico quirúrgico para el abordaje de pacientes con enfisema pulmonar empleando la técnica de reducción de volumen como alternativa terapéutica. Oscar Rojas, otrora Jefe del Servicio de Cirugía Torácica, es también médico Veterano de Guerra al haber sido desplegado y actuado en Malvinas en 1982. Fue sucedido en sus funciones por Karina Patané, quien continua y expresa el legado hospitalario en la actividad asistencial, docente y académica.

El Hospital Parmenio Piñero, fundado en 1917, tuvo a Miguel Ángel Gómez entre sus destacados cirujanos. Recibido de médico con medalla de oro, hace su practicantado en el Hospital Nacional de Clínicas entre el 1960 y 1963; y en ese mismo periodo concurrió también a la guardia del Hospital Pedro Fiorito donde despertó allí su interés por la cirugía de urgencia. Realizó la residencia de cirugía en el Hospital Piñero entre el 1963 y 1966 bajo la tutela de Julio V. Urriburu. Se desempeñó como Médico Asistente Extranjero y Becario de la Universidad de Buenos Aires en el Hospital Brussais de París, entre 1966 y 1970, y fue Jefe de la División Cirugía del Hospital Piñero desde el 1989. Jefe de Guardia del Hospital Cetrángolo desde 1967, incorporándose al Servicio de Cirugía Torácica de ese centro cuyo Jefe era Ángel Bracco. Junto al maestro aprende la cirugía torácica y desarrolla así las dos pasiones de su vida, la cirugía de urgencia y la cirugía torácica. Este camino, en el cual se articula el Trauma y la Cirugía Torácica, es emulado en la actualidad por Eduardo Eskenazi, Jefe de la División Cirugía y Director de la Carrera de Especialistas de Cirugía Torácica con Sede en este Hospital.

El Hospital “Dr Ignacio Pirovano” fue fundado en 1896, y albergó entre notables colegas a Eduardo Trigo, recibido de médico en 1951 y Practicante del Hospital Nacional de Clínicas, se desempeñó luego como Asistente en Cirugía General en el Hospital Rawson en 1960, continuando como médico del mismo en 1963. Se hizo cargo del equipo de Cirugía Torácica

del Hospital Rawson entre el 1957 y 1971, y asumiendo este mismo año la Jefatura del Departamento de Cirugía del Hospital Torcuato de Alvear, y en 1979 asume como Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Pirovano. Presentó trabajos de investigación en Cobaltoterapia Preoperatoria en el cáncer de pulmón, y estudio histopatológico de las piezas de resección. Fue Colaborador Docente en el Hospital Tornú y en el Hospital Alvear, alcanzando en este último la Jefatura del Departamento de Cirugía en 1971. En 1979 es nombrado Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital Pirovano, y en 1981 impulsa la utilización de suturas mecánicas logrando importante experiencia con este método en la Cirugía esofágica, gástrica, pulmonar y colónica. Asimismo, comienza a realizar videograbaciones como instrumento de enseñanza en el pregrado y posgrado, y para ilustrar en Congresos y en Sociedades Científicas. Juan C. Olaciregui, como se mencionó precedentemente al describir el Hospital Rawson, alcanzó la Jefatura del Servicio de Cirugía del Hospital Pirovano, siendo precursor y referente de la cirugía esofágica moderna, a nivel nacional e internacional.

Adolfo Badaloni, graduado en la Universidad de Buenos Aires, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Alvear entre 1969 y 1972 y continuó su trayectoria como Coordinador del Equipo de Esófago, Estómago y Duodeno del Departamento de Cirugía entre 1976 y 1980. Becario Anual de la Municipalidad de Buenos Aires, realizó el Perfeccionamiento en Cirugía esofágica entre 1979 y 1980. Coordinador de Cirugía Esofágica en el Hospital Pirovano entre 1983 y 1991, alcanzó luego la Jefatura de la Sección de Cirugía Esofágica, continuando el camino de su predecesor y maestro, Juan Olaciregui, consolidando una señera escuela en la cirugía del esófago.

Luis Loviscek realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Luis Güemes de Haedo entre 1977 y 1980, continuando allí su formación hasta ser designado Jefe de Cirugía Esófago-Estómago-Duodeno, y en 1992 SubJefe de la Sección Cirugía Esofágica del Departamento Quirúrgico. En 1991 es nombrado Cirujano de Planta de la Sección Cirugía Esofágica del Hospital Pirovano. Realizó Pasantías en varios hospitales de Estados Unidos y publicó numerosos trabajos científicos por los que fue premiado.

El Hospital José María Ramos Mejía, otrora llamado “Lazareto de San Roque” construido en 1868, fue el primer centro de aislamiento de enfermos contagiosos que tuvo la ciudad de Buenos Aires, transformándose en 1882 en un hospital polivalente, y décadas más tarde en asiento de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en la cual fue designado a cargo Alejandro Pavlovsky en 1955, siendo sus discípulos Ángel Bracco, Enrique Beveraggi, Horacio Achával Ayerza y Enrique Viacava, todos ellos convertidos en el tiempo en Maestros de la cirugía. Alejandro Villegas graduado en 1950, realizó su carrera académica y asistencial en este Hospital Municipal, alcanzando la Jefatura de la División Cirugía desde 1981 a 1991. Se distinguió por ser su hospital, Sede de la Carrera de Médico Especialista en Cirugía Torácica de la Universidad de Buenos Aires,

del que fue su director desde 1982 a 1988. Presento numerosísimos trabajos científicos y fue galardonado con múltiples distinciones.

La historia del Hospital Muñiz se remonta a 1882 como “Casa de Aislamiento” para enfermedades infecciosas, y luego convertido y refundado como Hospital en 1901, especialmente destinado a enfermos tuberculosos. Tuvo entre sus mayores exponentes al Tisiólogo Rubén Sampietro, que llegó a presidir la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en los años 1957 y 1958, y por segunda vez en 1967 y 1979. Liborio Di Salvo, cirujano y Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular en 1969, tuvo una destacada producción de trabajos científicos, distinciones académicas y societarias.

El Hospital “Dr Carlos Gustavo Durand” se inauguró en 1913, construido inicialmente con el objeto de albergar enfermos crónicos, se convirtió en Hospital Médico Quirúrgico en 1931. Armando Russo, Juan Michans y Juan Carpanelli estuvieron estrechamente ligados al Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico “Profesor José M. Jorge”, y especialmente éste último, con la enseñanza de la cirugía torácica en su rol de Jefe de Servicio de la especialidad entre 1948 y 1951²⁴. Abel Gilardón, autor de una vasta producción de trabajos científicos y dictado de conferencias, ocuparía la Jefatura de la División Cirugía en 1978 y el título de Profesor Titular de Cirugía en 1980. Tuvo numerosos discípulos, entre los que se destacaría uno de ellos, Elías Hurtado Hoyo, quien se graduara en 1959, y alcanzara el título de Doctor en Medicina al año siguiente con su tesis sobre “Cáncer de Pulmón”, apadrinada por Eduardo Ayas. Residente en el Instituto Médico Quirúrgico “Dr Jorge”, en 1971 es designado Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Durand, desempeñándose también con ese cargo en el Hospital Argerich en 1980 y luego como Jefe de Departamento en el Hospital Tornú de 1981 a 1987. Su libro “Toracotomía Axilar”, es una técnica difundida y aceptada en el país y el extranjero. Trabajó y puso en marcha el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina, institución que luego presidió desde 1998 a 2015, y posteriormente continuara como Presidente de Honor. Miembro de muchas sociedades médicas nacionales y extranjeras, es asimismo autor de una vasta producción científica plasmada en libros y publicaciones, y en numerosísimas conferencias, y de una notable y premiada actividad académica, siendo nombrado Profesor Consulto Titular de Cirugía y Director de la Carrera de Cirugía Torácica de la Universidad de Buenos Aires. En 2015 es incorporado a la Académie Nationale de Médecine como Membre Associé Étranger; y en el ámbito social, en 2019 presidió la ceremonia del centenario del Rotary Club de Buenos Aires. Numerosos son sus discípulos, muchos de ellos alcanzando la Jefatura de Servicios de Cirugía Torácica en Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras ciudades del país.

Pedro A. Gomez Pécarrière, egresado como médico en 1968, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Penna y luego el Curso Superior de Cirugía Torácica en el Instituto de Cirugía Torácica, a cargo de Rodolfo Boragina, entre 1975 y 1977, obteniendo el título de Especialista Universitario. Se desempeñó en el Hospital Ferroviario y posteriormente en el

Hospital Churruca - Visca. En 1990 ingresó al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Durand abocándose a la educación de posgrado, siendo autor de numerosos trabajos.

La prolífica actividad asistencial, docente y académica propiciada por Elías Hurtado Hoyo, y continuada por Pedro Gómez, Néstor Spizzamiglio, Miguel Ángel Gamés, Walter Adrián Desiderio y Víctor Azcoiti, entre otros, permitió la formación de más de un centenar de Especialistas de todo el país y de Sudamérica.

El Hospital “Dr Juan Antonio Fernández”, fundado en 1889 como Dispensario de Salubridad y Sifilocomio Municipal, renombrado en 1893 como Hospital del Norte, es en 1904 que se le impone el nombre actual, siendo un reconocido hospital público. Entre sus médicos destacados se encuentra Ricardo H. Grinspan, graduado de médico en 1868 y Doctorado en 1978, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Durand, a cargo de Elías Hurtado Hoyo, y en 1973 la Residencia Especializada de Cirugía Torácica en el Hospital Cetrángolo, donde Ángel Bracco ya era referente de la misma. Becado en el Brompton Hospital de Londres por el CONICET, y en 1984 en el National Cancer Center de Tokio, a cargo de Naruke.; en 1973 es nombrado Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Fernández y Encargado de Cirugía Pulmonar. En 1997 es nombrado Director del Departamento de Cirugía de la Universidad Favaloro y Profesor Titular de la misma. Autor de publicaciones y libros de la Especialidad, recibió numerosos premios²⁴.

Eduardo G. Collia, graduado en 1971, comienza la Residencia de Cirugía en el Hospital Rawson en 1974 y en 1979 es Instructor de Residentes de Cirugía en el Hospital Fernández. Continuando su carrera hospitalaria, alcanza luego la Jefatura del Área Quirúrgica. Publicó numerosos trabajos científicos, uno de ellos sobre “Cáncer de Pulmón”.

El Hospital Israelita, inaugurado en 1916, tuvo a un distinguido cirujano abocado a la patología torácica: Eduardo Schieppati. Graduado en 1945, obtiene el Doctorado en Medicina con su tesis “El Derrame Pleural en la Pancreatitis aguda”. Trabajó en el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas bajo la Jefatura de Oscar Ivanissevich, y luego en el grupo de Cirugía Torácica junto a Mario Brea, Jorge Taiana, Andrés Santas, Rodolfo Boragina y Victorio Aracama Zorraquín. En 1947 renuncia a su cargo en el Hospital de Clínicas e ingresa al Instituto de Cirugía Torácica y de la Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública bajo la Dirección de Jorge Taiana. En 1955 renuncia para hacerse cargo de la Jefatura del Servicio de Cirugía General del Hospital Israelita, ejerciendo hasta 1986. Publicó numerosos trabajos y colaboró en varias revistas científicas.

Jorge L. Nazar, discípulo de Ángel Bracco, alcanzó la Jefatura del Departamento Quirúrgico del CEMIC.

El Instituto de Oncología “Ángel Roffo” fue fundado en 1912, constituyéndose en la institución oncológica más antigua de América. En la década del 50 llegarían como cirujanos abocados a la patología torácica Gregorio Malajovich y Raúl Gomez García, propuestos por Oscar Vacarezza, Director del entonces prestigioso Instituto de Cirugía y Traumatología Torácica. Malajovich, quien quedara a cargo de la Jefatura de Cirugía Torácica, se había formado en Rosario con Artemio Zeno y luego perfeccionado en Estados Unidos, y proviniendo del Instituto que dirigía Vacarezza, continuó los lineamientos de éste en relación a la cirugía esofágica y mamaria, las que debían ser atribuciones del cirujano torácico por ser órganos correspondientes al tórax. Esta visión siguió presente en el Roffo, y la cirugía esofágica está actualmente dentro de la órbita asistencial del Departamento de Cirugía Torácica, como también ocurre en otros hospitales. En 1996, se incorporó Carlos Horacio Spector, quien realizara la Residencia de Cirugía en el Hospital Durand con Juan Michans, e interactuara también con Abel Gilardon, que había traído al Durand hábitos y actitudes del Clínicas, donde estaba a cargo Mario Brea. A Malajovich lo sucedió en la Jefatura Antonio Ugo, discípulo de Vacarezza, y en 1976 ocupó el cargo José Spatola, quien fundó la Unidad Docente Hospitalaria, promovió la Residencia en Cirugía Oncológica creada por Wolfgang Lange años atrás e incorporó al instrumental quirúrgico la sutura mecánica, previamente experimentada por un equipo también integrado por Spector y Sanguinetti, y el primer fibrobroncoscopio flexible a un hospital público. En 1984 Spector asume la Jefatura y se intensifica la labor asistencial, docente y académica. Realizó viajes de perfeccionamiento en hospitales de Estados Unidos y Europa, aplicando luego en la práctica diaria lo aprendido. Sergio H. Witis, graduado en 1970, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Rawson y obtuvo la Beca de Perfeccionamiento en Cirugía de Esófago, llevada a cabo en el mismo Hospital en 1975. Se desempeñó en el Hospital de Clínicas, en el Instituto Roffo y en el Instituto Nacional de Oncología entre 1979 y 1990²⁴. Osvaldo Salariato lo sucede a Spector en la Jefatura del Servicio y en la Dirección de la Carrera de Especialista, de la cual el Instituto es Sede ante la UBA, y recientemente es designado Adrián Gilardon para asumir en la responsabilidad de esos cargos.

Sanatorio Guemes

Este emblemático centro asistencial, que décadas atrás fuera referente en Latinoamérica y comparado con los mejores del mundo, fue donde el Doctor René Favaloro, a su regreso de la Cleveland Clinic en 1971, desarrolló la cirugía cardiovascular de alta complejidad y llevó a cabo el primer programa organizado y sistemático de trasplante cardíaco, logrando aquí su primer trasplante en 1980. Desde aquel tiempo memorable, varios cirujanos torácicos pasarían por sus quirófanos, entre otros, Julio Bassan, mi padre, José Menéndez, Eduardo Eskenazi, y en el tiempo presente, a cargo de la Sede de la Carrera de Cirugía Torácica, Javier Mendizábal.

Instituto de Cirugía de Haedo

El Hospital Profesor Dr Luis Güemes, anteriormente llamado Instituto de Cirugía de Haedo, inaugurado en 1942, tuvo en sus albores a Daniel Funes, abocado a la especialidad en el Sector Cirugía Torácica del Servicio de Ivan Goñi Moreno y luego en el Hospital Británico, siendo uno de los pioneros de la cirugía torácica argentina. Juan Gil Mariño, Practicante Honorario Externo del Hospital Rawson entre 1944 y 1945, y luego Practicante Mayor Interno del Hospital de Clínicas, desarrolló su carrera asistencial en el Instituto de Cirugía de Haedo, a cargo de Goñi Moreno, abocándose desde un comienzo a la cirugía de esófago. En 1964 asume como Subdirector del Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico del Hospital Durand a cargo de Juan Michans. Jorge Reilly tomaría luego la antorcha de la especialidad en el Hospital.

En la ciudad de La Plata, Federico Christmann, formado en la Escuela Quirúrgica del Rawson, sería uno de los pilares de la cirugía platense en el Hospital Policlínico de esa ciudad, desde su ingreso en 1930. Horacio Sagastume, Manuel Cieza Rodríguez e Inocencio Canestri lo acompañarían en la Escuela quirúrgica.

Francisco Alustiza, cirujano del Hospital San Juan de Dios, desde 1930 a 1935 se abocó a la cirugía de la tuberculosis pulmonar, continuando luego su tarea en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, donde alcanzaría la Jefatura de Servicio. Jaime Trajtenberg, cirujano que desarrolló gran experiencia en patología torácica en el Hospital San Juan de Dios, ejercería luego la Jefatura de Servicio durante muchos años.

Eduardo Gonzalez Rojas, graduado de médico en la Universidad de La Plata en el año 1978, se incorpora al Hospital San Juan de Dios de La Plata para desarrollar la cirugía torácica, concurriendo paralelamente durante 1981 y 1982 al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Ramos Mejía a cargo de Miguel Enrique Bellizzi, primer cirujano en realizar un trasplante cardíaco con éxito en el país en 1968, y al Hospital Cosme Argerich a cargo de Delfín Vilanova²⁴. Su carrera docente lo lleva a alcanzar el cargo de Profesor Adjunto de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata, y en 1999 accedió a la Jefatura de Servicio en el Hospital San Juan de Dios, promoviendo el reinicio y desarrollo de la Residencia de Cirugía Torácica y Vascular Periférica en su Servicio. Guillermo Daniel Prat, graduado de médico en la Universidad Nacional de La Plata, Doctor en Medicina, se desempeñó en el Servicio de Cirugía Torácica y Vascular Periférica del Hospital San Juan de Dios, continuando la tarea de su predecesor. Profesor Adjunto de Cirugía en la Universidad en la que se graduara, desplegó una intensa actividad docente y académica en diversas Sociedades Científicas de Buenos Aires y La Plata.

Jorge Castellano, distinguido cirujano torácico y cardíaco, contribuyó en gran medida en el desarrollo de la cirugía torácica en La Plata. En 1960 realiza la primera operación con circulación extracorpórea en el Instituto de Tórax de La Plata, donde fue Jefe de Cirugía hasta

1979. Profesor Adjunto de Cirugía, publicó sobre Cirugía del Cáncer de Pulmón, de la Tuberculosis y de los Traumatismos Torácicos, siendo honrado con el título de Maestro de la Cirugía Platense.

Uno de los maestros más prominentes que tuvo la cirugía platense fue José María Mainetti. Recibido de médico en 1932 en Buenos Aires, fue Jefe de Trabajos Prácticos de Medicina Operatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Rawson. Entre sus tantos discípulos, se encontraba René Favalaro. Creó la Escuela de Oncología de la Provincia de Buenos Aires y la Fundación que lleva su nombre, siendo de referencia en nuestro país²⁴.

El Hospital Cetrángolo en Vicente López sería otro polo donde se desarrollaría la cirugía torácica de la mano de otro Maestro, Ángel Bracco. Graduado de médico en 1935, se desempeñó en el Sanatorio Ascochinga, dedicado al tratamiento clínico y quirúrgico de la tuberculosis y enfermedades pulmonares. En 1942 se recibió de Tisiólogo y luego aprende cirugía junto a Alejandro Pavlosky en los Hospitales Alvarez e Italiano, perfeccionándose luego en el exterior. En 1949 regresa y funda con Antonio Cetrángolo el Hospital del Tórax en Vicente López que llevaría el nombre de este último luego de su fallecimiento, convirtiéndose ese centro en uno de los más destacados Institutos de la Cirugía Torácica moderna. El Dr Bracco, ya entonces Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y de la Tuberculosis deja, a través de los años, distinguidos discípulos: Rubén Cetrángolo (hijo de Antonio), Carlos Storni y Roberto Lamy, a los que se sumarían Della Torre, Raúl H. Andrés y Juan Manuel Campana. Horacio Della Torre se graduó en 1959, y se desempeñó en el Hospital hasta alcanzar la Jefatura del Servicio de Cirugía Torácica en 1984. Nombrado Director de la Cátedra de Cirugía Torácica de la Universidad de Buenos Aires en 1992, publicó numerosos trabajos de investigación científica, y recibió varios premios. También siguió los pasos de sus predecesores Mario Branda, quien se graduara en 1972 y realizara la Residencia en el Hospital Pirovano entre 1973 y 1976, y en el año 1980 recibiera el título de Cirujano Torácico otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeñó en el Hospital Cetrángolo hasta alcanzar la Jefatura de Sala de Cirugía Torácica, y años más tarde, relevantes distinciones académicas y responsabilidades societarias.

También distinguidos cirujanos se desempeñaron como cirujanos de Guardia de este Hospital, como Aldo Bracco, Miguel Ángel Gómez, Ricardo Grinspan, José Kolodny, Jorge Nazar y Marcelo Torres Agüero. Enrique Caruso frecuentó también el Servicio, y Tomás Angelillo Mackinlay perteneció a la Guardia durante el Practicantado.

En el Hospital Militar Central se ha distinguido Carlos Girardi Cantaluppi, quien ha sido Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular entre los años 1967 y 1987, y cirujanos del mismo Servicio como Pedro Bianchi Bonaire, Héctor Capdevilla y Miguel Lucas. Luego

se incorporaría como Cirujano Torácico y Vascular Julio Bassan, reconociendo a Luis Molmenti y Alfonso Albanese como sus maestros de cirugía y ejercicio profesional, y desarrollando la cirugía oncológica del pulmón y del esófago, introduciendo particularmente la práctica de la esofagectomía sin toracotomía, e impulsando la realización sistemática de los Ateneos de Tórax. Pablo Fernandez Lugea también desarrollaría la Especialidad, ejerciéndola durante más de dos décadas con entrega y compromiso, institucionalizando los mencionados Ateneos multidisciplinarios y ocupando la Jefatura de Servicio hasta 2012.

En el Hospital Aeronáutico, Héctor Vidal efectuó toda su carrera, desde 1956 hasta su nombramiento como Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y Vascular en 1964, desempeñándose luego en cargos de conducción hospitalaria y en 1987 designado Consultor del Servicio.

En el Hospital Naval se destacó Juan Manuel Campana, quien se graduara en 1959, y luego de Doctor en Medicina con su tesis “Vías para el acceso quirúrgico al tórax”. Se formó en el Hospital Durand, asiento del Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico para Graduados “Prof. Dr. José M. Jorge”. En 1962 comenzó su entrenamiento en cirugía torácica en el Hospital Cetrángolo junto a Ángel Bracco hasta 1982, cuando se traslada al Hospital Naval invitado por la Armada Argentina para desarrollar allí la cirugía torácica como Consultor. Tuvo entre sus discípulos a Ricardo Cariola, quien se desempeñaría como Jefe de División de Cirugía Torácica en el Hospital Naval²⁴.

El Hospital “Juan F. Salaberry”, habilitado en 1912 y demolido en 1981, tuvo cirujanos que desarrollaron la cirugía torácica, como Eduardo Ayas, que en 1955 organizó el Sector de Cirugía Torácica y Cardiovascular, más tarde Alfredo Lafuente Rosales y Osvaldo Fernández, al terminar la formación en la especialidad en el Hospital Tornú, y luego Eduardo Saad en 1965. Llegaría en la década siguiente Eduardo Covian, discípulo de Juan Olaciregui, con sólida formación en cirugía esofágica, y Benjamín Ceriani en 1970, quien desplegó en este Hospital también la vocación por la patología torácica.

El Hospital “Dr Enrique Tornú” fue inaugurado en 1904 como Sanatorio para internación de pacientes con tuberculosis, y en 1905 se habilita al servicio público. En 1934, se construye el Centro de Investigaciones Tisiológicas, donde actualmente funciona el Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”, y en 1980 pasa a ser un hospital polivalente. Hernán Aguilar, discípulo de la Escuela Finochietto, fue probablemente uno de los cirujanos tisiólogos con mayor experiencia en toracoplastias. Lo sucede en la jefatura Vicente Roger, graduado en 1946 y formado en el Hospital de Clínicas, realizó muchos trabajos relacionados con la cirugía torácica, entre los que se destacaron: “Resultados operatorios de Cáncer de Pulmón”, “Tímectomías en Miastenia Gravis”, “Cuerpo extraño bronquial” y “Neumonectomía vs Lobectomía en Cáncer de Pulmón” y “Pleuroneumonectomía total”, en colaboración con Ángel Bracco. Enviado al National Jewish Hospital de Denver, realizó estudios en cirugía cardíaca y cirugía de la tuberculosis. Desarrolló también su actividad

como Profesor en los Hospitales Agote, Español y Rawson. Lo sucede en el cargo Elías Hurtado Hoyo, desde 1981 a 1989, formándose con él Néstor Spizzamiglio y Miguel Galmés. Continuaría en la jefatura Oscar L. Aguilar, graduado en 1955, quien llevó a cabo la Residencia de Cirugía en el Barnes Hospital de Saint Louis entre 1956 y 1960, y luego organiza y dirige entre 1960 y 1965 la Residencia de Cirugía del Hospital Militar Central. En 1960 alcanza el grado de Médico Asistente y de Médico Agregado de la División Cirugía Torácica del Hospital Tornú, cargo que ocupa hasta 1986. Su vocación docente lo lleva a trabajar y publicar sobre la formación del cirujano, obteniendo varios premios.

Hugo S. Alume, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Militar Central entre 1962 y 1965, y continuó su formación en cirugía torácica con Hernán Aguilar, Jefe de Cirugía Torácica del Hospital Tornú y primer cirujano torácico de la Escuela Quirúrgica Finochietto, alcanzando luego él mismo el cargo de Jefe de División de Cirugía Torácica y posteriormente la Jefatura del Departamento de Cirugía. Su formación oncológica realizada en el país y en Estados Unidos le permitió acceder a la Dirección de la Carrera de Especialistas en Oncología Clínica de la Universidad Católica y a crear la misma en la Universidad del Salvador en 1976. Es autor de trabajos científicos, publicaciones y capítulos de libros que fueron premiados. Gustavo J. H. Bondulich, graduado en 1986, realizó la residencia de cirugía en el Hospital Militar Central entre 1988 y 1991. Especialista en Oncología Clínica en 1990, continuó su carrera en el Hospital Tornú y en la Clínica San Camilo, siendo autor de varias publicaciones que recibieron distinción.

El Hospital Mariano Castex de San Martín, tuvo entre sus cirujanos destacados a Agustín Badano, quien se desempeñó como Jefe de Servicio de Cirugía Torácica.

El Hospital Finochietto, actualmente con el nombre Presidente Perón, que en sus comienzos dirigiera el Dr Ricardo Finochietto, tuvo a Pedro Molinari, graduado en 1949, concurrió al Hospital Rawson y trabajó en el Hospital San Roque de Córdoba y Mariano Castex de San Martín y alcanzó la Jefatura de Cirugía Torácica de este nosocomio entre 1972 y 1980, siendo autor de numerosas publicaciones.

El Hospital Pedro Fiorito, inaugurado en 1913, es actualmente uno de los centros de salud más importantes en la zona sur del Gran Buenos Aires. A partir de la década del 60' tuvo en sus salas, quirófanos y aulas a cirujanos que trazaron para muchos discípulos una senda ejemplar de trabajo docente y asistencial, como Alfonso Albanese y Luis Alberto Molmenti, Jefes de Cirugía, en su plena y genuina expresión. También, Victorio Aracama Zorraquín fue entonces Jefe de Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital y Jefe de Servicio del Instituto de Cirugía y Traumatología Torácica y autor de numerosos trabajos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales.

Bahía Blanca

Mario N. Antozzi, graduado de médico, se formó en el Hospital Interzonal de Mar del Plata con discípulos de la Escuela platense de Christman y Mainetti. Desarrolló su actividad en el Hospital Municipal de Bahía Blanca y en el Hospital Italiano de la misma ciudad, completando su formación con Luis G. Camacho en Berkeley, Estados Unidos. Profesor de la Facultad del Nordeste y Profesor de la Carrera de Especialista en Cirugía Torácica, dependiendo de la Sede Hospital Durand, alcanzó la Jefatura de Cirugía del Hospital Italiano de Bahía Blanca.

Juan C. R. Cafasso, graduado en 1953, comenzó la Residencia de Cirugía en el Instituto de Cirugía “Prof Dr Luis Güemes de Haedo” en 1957, fue Jefe de Cirugía Torácica del Hospital “Dr José Penna” de Bahía Blanca en 1968, Jefe de Cirugía del Centro de Salud “Dr Leónidas Lucero” en 1986 y posteriormente Director del mismo en 1990, publicó más de un centenar de trabajos científicos, siendo galardonado.

Mar del Plata

La modesta población del “Puerto de la Laguna de los Padres”, que en 1874 pasara a llamarse Mar del Plata, celebró en 1907 la inauguración de su primer nosocomio, llamado Hospital Mar del Plata, hoy Hospital Interzonal Materno Infantil, más conocido por todos como el “viejo Hospital Mar del Plata”. En 1952 se fundó la Sociedad de Cirujanos de Mar del Plata, influenciados por dos escuelas quirúrgicas: la de Enrique y Ricardo Finochietto y la de Federico Christmann, en La Plata. La creación de nuevos centros, como la Clínica Central (hoy inexistente), el Hospital Regional en 1961 (hoy Interzonal de Agudos), las Clínicas Modelo, Colón, Pueyrredón y 25 de Mayo, y el Hospital Privado de Comunidad constituyeron el ámbito donde la actividad quirúrgica pudo desarrollarse.

Néstor Garrido, Residente de Cirugía del Hospital Fiorito y discípulo de Luis Molmenti, fue pionero de la cirugía torácica en esta ciudad y en la provincia de Neuquén, llevando a cabo las primeras mediastinoscopías con instrumental que trajera de Estados Unidos.

Daniel Staltari, graduado de médico en la Universidad de La Plata en 1987, llevó a cabo su Residencia en Cirugía en la ciudad de Mar del Plata, en 1991 obtuvo el título de especialista, dedicándose a la cirugía torácica. Durante 1992 a 1996 realiza Pasantías en Chile y Brasil y luego desempeña la actividad quirúrgica en el Hospital Privado de Comunidad.

Catamarca

Juan G. Andrada, nacido en Realicó, La Pampa, en 1926, hijo de Juan Benjamín Andrada, pionero de la cirugía en Catamarca, egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con mejor promedio y Medalla de Oro. Realizó sus primeras prácticas quirúrgicas en el Hospital de Clínicas y luego viaja becado por la Embajada de Francia y la Universidad de Buenos Aires a Estrasburgo. Regresó a Catamarca en 1960 con una sólida

formación y se incorporó al Servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista y al Sanatorio Catamarca, primer centro privado de la provincia que fundara su padre en 1949. En 1968 asume la Jefatura del Servicio de Cirugía, y desarrolla la cirugía torácica. Funda en 1976 junto a otros colegas la Sociedad de Cirugía de Catamarca. Autor de numerosos trabajos científicos e importantes aportes a la salud pública, la Municipalidad de la Capital lo nombró “Ciudadano Ilustre” en 1988²⁴. El Hospital “San Juan Bautista” se trasladó a partir de 1995 al nuevo Hospital Interzonal transformado en Hospital Escuela, conservando el nombre, con respaldo de la Facultad de Medicina de Córdoba.

El Hospital Provincial de Niños recibió, a partir de 1999, los servicios de Edgar Reartes, especialista en Cirugía Torácica formado en el Hospital Córdoba de la ciudad homónima.

Córdoba

La provincia era un centro climático de atracción para el tratamiento de la tuberculosis y ello dio pie a la formación de una escuela fisiológica de punta bajo la dirección del maestro Gumersindo Sayago. El Hospital Tránsito Cáceres de Allende fue su sede, y allí se comenzó la formación, siendo de dicha escuela que surge la primera comunicación de lobectomía por tuberculosis de los doctores José A. Pérez, Ricardo Finochietto y Gumersindo Sayago, publicada en la Revista de la Asociación Médica Argentina en 1943.

Domingo S. Babini, quien había regresado de Estados Unidos luego de perfeccionarse en los Servicios de Evans A. Graham y de John Alexander, se sumaría al grupo del profesor Lázaro Langer, quien también había regresado de Norteamérica de haber trabajado con Richard Overholt, e incluso publicar un primer libro sobre Técnica de las Resecciones Pulmonares. También se incorporaron al mencionado grupo Antonio Juaneda y Ricardo Yofre. Este grupo dirigido por Langer dio gran impulso a la cirugía torácica.

En los primeros años de 1950, se creó la Cátedra de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, siendo la única de estas características en el país.

En 1960 hubo una espectacular irrupción de tecnología, la cirugía cardíaca iniciaba su autonomía y la patología esofágica quedaba incluida en el currículo. Cabe mencionar que el Doctor René Favaloro, al regresar de Estados Unidos, fue invitado por Babini con asiduidad, particularmente durante 1973, siendo incorporado como Profesor Asociado.

Actualmente cinco son los centros de formación en la provincia, todos concentrados en la capital de la misma: Hospital Córdoba, Hospital Privado Universitario, Hospital Italiano, Sanatorio Allende y Clínica Reina Fabiola. Cabe destacar que el programa de Residencia en Cirugía Torácica a cargo de Mario Eduardo Francisco Bustos, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Privado Universitario, alcanzó estándares que le permitieron estar reconocido por la CONEAU.

Corrientes

Armando C. Romero, graduado en la Universidad Nacional de Nordeste y formado en el Hospital Clemente Álvarez de Rosario, desarrolló su actividad asistencial en el Hospital “Dr José R. Vidal” de Corrientes, siendo Jefe de Servicio, Jefe de Departamento y Director del Hospital. Profesor Emérito, Director de la Cátedra de Cirugía, Decano de la Facultad de Medicina y Rector de la Universidad del Nordeste. Secretario de Salud Pública, fue declarado “Ciudadano Ilustre” de la Ciudad de Corrientes. Su legado trascendental, reflejado en sus numerosos discípulos, es haber fundado una Escuela Quirúrgica en Corrientes.

Oscar Pirchi, graduado en la Universidad Nacional del Litoral en 1962, se formó en los Hospitales Rawson, “Dr Bonorino Udaondo” y Alvear, siendo Especialista en Cirugía General y Gastroenterológica. Realizó estudios en el Hospital de Harvard, Boston, y ejerció luego en el Hospital “José R. Vidal” alcanzando todas las categorías de la carrera hospitalaria hasta la Jefatura de Departamento de Cirugía en 1985. Autor de una vasta producción de trabajos científicos, recibió premios y distinciones. Profesor Titular de Cirugía, fue Co creador del Primer Curso de Postgrado en Cirugía Torácica y Laparoscópica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Declarado por la Municipalidad de Corrientes “Ciudadano Ilustre” y Ministro de Salud Pública de la Provincia de Corrientes en 1991.

Raúl Orban, recibido de médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Nordeste en 1978, fue Director de los Hospitales “General Mosconi” y “Colonia Villafañe” en Formosa entre 1979 y 1980, y realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital Posadas de Buenos Aires entre 1980 y 1983. Se desempeñó como médico en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Cetrángolo, en el Hospital Civils de Estrasburgo, Francia, y en el Hospital Escuela “General San Martín” de Corrientes, donde alcanzó la Jefatura de Cirugía Torácica y Vascular. Es autor de publicaciones nacionales e internacionales.

Romilio P. Monzón, egresado como médico cirujano, de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de Rosario en 1944, se desempeñó en el Hospital “Juana Francisca Cabral” hasta alcanzar la Jefatura de Sala en 1951. Realizó estudios en el Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico de “Carlos P. De Nicola”, en el Servicio de Cirugía General de Ricardo Finochietto y luego en Cirugía Torácica con Mario Brea. En la Universidad de Chile trabajó con Gustavo Hoehcker y Alonso Vial perfeccionándose en cirugía torácica. Director del Hospital Escuela de la Facultad de Medicina de Corrientes en 1976. Participó en múltiples Congresos, Consejos, Comisiones Asesoras y Tribunales académicos relacionados con la docencia y la organización de la enseñanza quirúrgica.

Ricardo A. Torres, recibido de médico cirujano en 1975, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires bajo la titularidad de Andrés Santas. En 1980 fue becado por el Servicio Alemán de Intercambio Académico en el Hospital Grosshadern de

Munich. A su regreso en 1982 se incorporó al Servicio de Cirugía del Hospital Escuela de Corrientes, y en 1984 es nombrado Jefe del Servicio de Cirugía Experimental del Hospital Escuela de Corrientes. Becado en 1986 por la Universidad Nacional del Nordeste en el Mount Sinai de Nueva York. En 1988 obtuvo el International Guest Scholarship del American College of Surgeons, que desarrolló en la Mayo Clinic, Massachussets General Hospital, Lahey Clinic, New England Deaconess y John Hopkins. En 1992 es becado nuevamente por el Servicio de Intercambio Alemán en el Hospital Universitario de Augsburg trabajando en el desarrollo de técnicas laparoscópicas. En 1997 presentó al Consejo de la Facultad de Medicina el proyecto de creación de un Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica y Miniinvasiva, aprobándose en 1998 y siendo el Director del mismo. Desempeñó diferentes cargos y funciones en la Universidad. Jefe del Servicio y del Departamento de Cirugía del Hospital Escuela de Corrientes. Dirigió Cursos y Jornadas, Coordinador y Conferencista en varios Congresos del país y del exterior, autor de una vasta producción científica, publicaciones y capítulos de libros que lo llevaron a obtener premios nacionales e internacionales. En la hora actual, Alfredo Aquino continúa la senda de sus maestros en el ejercicio y la educación de la Cirugía Torácica en la provincia.

Cuyo

En 1935 se fundaron en la Ciudad de Mendoza el Hospital Español y el Hospital Militar, y en 1939 se fundó la Universidad Nacional de Cuyo. En la década del 40' se habilita el Hospital Central. En 1943, José Candisano Liqueno, cirujano cordobés, inició la cirugía torácica en la provincia de Mendoza, y en 1951 Bernardo Martínez, también promotor de la cirugía torácica, inicia los cursos de Educación Médica. Cabe mencionar a Manuel Baro, que formó a muchos cirujanos, constituyendo una Escuela quirúrgica en la Ciudad de Mendoza. La cirugía torácica continuó su evolución en la provincia con Jorge Abdala, y en la actualidad con Rolando Pronotto, Jefe de Cirugía Torácica del Hospital Central, con intensa actividad asistencial, docente y académica en la región cuyana, como así también Adrián Aragón y Mauricio Mondini, cirujanos de Planta de la Sección Tórax y Esófago del Servicio de Cirugía del Hospital Luis Lagomaggiore.

Misiones

En la ciudad de Posadas, en la década del 50', el Hospital Ramón Madariaga estaba organizado en dos servicios de cirugía, uno de mujeres y otro de hombres. A cargo del primero se encontraba Vicente López Forastier, fundador en 1961 y primer presidente de la Sociedad de Cirugía de Misiones. En el otro servicio de cirugía se encontraba a cargo Jorge A. Milcoveanu, rumano, graduado de médico en su país de origen en 1943, y especializado en Tisiología en París en 1945, que llegado a la Argentina en 1948, se traslada a Posadas y se hace cargo en 1950 del pabellón de Tisiología del Hospital Madariaga, donde su experiencia previa en patología respiratoria le da la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos a nivel torácico, constituyéndose en un pionero de la cirugía a ese nivel.

Arnaldo P. Valdovinos, paraguayo de origen, se gradúa en Asunción y se forma en Buenos Aires y en San Pablo, Brasil. En 1962 llega a Posadas, se incorpora al Hospital Madariaga y alcanza la Jefatura de Servicio, destacándose en cirugías de mayor complejidad, como la del esófago. Dedicado intensamente a la docencia, crea una Escuela Quirúrgica que dió lugar a la implementación de la Residencia de Cirugía en 1984, y a la enseñanza de la cirugía laparoscópica. En 1987 asume como Ministro de Salud Pública.

Omar Leston, formado en el Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas a cargo de Mario Brea y luego Andrés Santas, ingresa a la provincia en 1977. Con vasta experiencia en intervenciones de alta complejidad, incluyendo la cirugía torácica, con el fin de poder llevarlas a cabo, crea a tal fin en el Hospital Madariaga la Unidad de Terapia Intensiva.

Alfredo Méndez, de regreso en su provincia en 1962 luego de un período de entrenamiento en La Plata, se incorporó al Hospital Madariaga donde realizó toda su carrera, y producto de su capacitación, desarrolló la cirugía del tórax.

José Gaspar Argüello, realizó la Residencia de Medicina General en el SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad) y luego la Residencia de Cirugía en el Hospital Aeronáutico Central. Comenzó con la cirugía torácica en el Hospital SAMIC de Eldorado, alcanzando allí el cargo de Director Adjunto. Posteriormente asumió la Dirección del Hospital SAMIC de Iguazú, y más tarde la del Hospital Madariaga de Posadas. Presidente de la Asociación de Cirugía y Delegado provincial del INCUCAI.

Eduardo Civilla, formado en el Hospital Ferroviario de Buenos Aires, se desempeñó en el Servicio de Cirugía del Hospital SAMIC de Eldorado, desarrollando el sector torácico y vascular, y capacitando a los Residentes del Servicio.

Río Negro

La cirugía torácica rionegrina tiene como referente a Carlos Pochat, uno de los cirujanos con mayor experiencia en cirugía de hidatidosis pulmonar. Actualmente, José Sustersic y Alejandro Vona tomaron el testimonio.

Salta

José Nallar, recibido en 1960 y Doctorado en Medicina en 1962, completó su formación en España y luego realizó la especialidad de Cirugía Torácica en Denver, Estados Unidos. Ejerció en el Hospital del Milagro y en el Hospital San Bernardo de Salta, alcanzando la Dirección de este último en 1975. Presidente de la Sociedad de Cirugía de Salta entre 1975 y 1983, autor de numerosos trabajos científicos, participó en congresos del país y del exterior.

Santiago del Estero

Francisco J. Viano, ejerció en el Servicio de Cirugía del Hospital Mixto desde 1926 hasta 1931, y luego en el Hospital Independencia desde 1938 a 1944, alcanzando la Jefatura de Servicio. Participó en congresos, en la Asociación Argentina de Cirugía y en la sociedad Argentina de Cirugía Torácica, de la que fue fundador.

San Juan

Faustino R. Sisterna, graduado de médico en 1955, trabajó con Víctor Mario Menso, quien lo tutorizó en Córdoba hasta 1957, regresando entonces a San Juan donde ingresa al Servicio de Cirugía Cardiovascular y llega a ser Jefe de Servicio hasta 1987. Como especialista en Cirugía Torácica y Cardiovascular, reconoció a Nazaro Cerutti, Jefe del Hospital Marcial Quiroga, como su maestro.

Cristóbal J. Sánchez Sureda, formado en cirugía en el Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires, en el Hospital de Clínicas de la Universidad de San Pablo, Brasil, en Cirugía Torácica y Cardiovascular. Se desempeñó en el Hospital Guillermo Rawson de San Juan y en el Hospital Español de la misma ciudad como Director desde 1989.

Nélido O. Rombolá, graduado de médico en 1952, y formado quirúrgicamente en el Hospital Nacional de Clínicas, el Hospital Córdoba y el Hospital San Roque, continuó luego en el Servicio de Cirugía del Hospital Guillermo Rawson de San Juan y en el Hospital Marcial Quiroga como cirujano del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. También se desempeñó en el Hospital César Aguilar de Caucete como Jefe de Cirugía y luego Director del hospital, y en el Hospital de San Juan, en el que alcanzó la Dirección del mismo. Presidente de la Sociedad de Cirugía de San Juan, por su extensa trayectoria, fue reconocido por el Círculo Médico de San Juan.

Humberto Lirussi, realizó la Residencia en la Escuela de Graduados de Cirugía del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, reconociendo a José Antonio García Castellano como su maestro. En San Juan se desempeñó en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Marcial Quiroga y luego como Jefe de Servicio de Cirugía del Policlínico Ferroviario.

Emilio A. Marun, graduado de médico en 1957 en la Universidad de Córdoba, en 1968 recibe el título de especialista en Cirugía. Desarrolló su actividad en el Servicio de Cirugía del Hospital San Roque, Córdoba, y en el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital Córdoba. En 1962 se incorpora al Servicio de Cirugía del Hospital Rawson de San Juan, ocupando la Jefatura en 1987. Miembro de diferentes Sociedades Científicas, realizó numerosas publicaciones siendo sus trabajos premiados en el país y en el extranjero.

San Luis

Alejandro M. Scavarda, graduado de médico en la Universidad Nacional de Cuyo en 1969, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital "A Micano" entre 1970 y 1972, y se desempeñó en el Hospital San Roque en Córdoba entre 1969 y 1972, en el Hospital San

Roque de Villa Mercedes, San Luis, en 1972, en el Policlínico Ferroviario de Villa Mercedes desde 1976, y en el Servicio de Cirugía Cardiorádica del Mount Sinai Hospital de Nueva York entre 1976 y 1979.

Santa Cruz

Jorge L. Lorenzo, egresado de la Universidad Nacional de La Plata en 1954, concurrió al Servicio de Cirugía del Maestro Mainetti. En los años 1965 y 1967 realizó en el Instituto del Tórax las primeras toracoplastias y neumonectomías en pacientes tuberculosos. En Santa Cruz, comenzó su actividad quirúrgica en Puerto San Julián, y en 1962 se radicó en Río Gallegos para ocupar una banca en la Cámara de Diputados de la provincia, y luego en el Senado de la Nación. Ocupó cargos directivos en el Hospital Distrital y fue socio fundador del “Policlínico Medisur”.

Luis Antonio Buonomo, graduado de médico en 1981, realizó la Residencia de Cirugía en el Hospital “Dr Mariano Castex” entre 1982 y 1984, y la Residencia de Cirugía Oncológica en el Instituto de Oncología “Ángel Roffo”. En 1987 es nombrado cirujano en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Río Gallegos, e impulsa la enseñanza de la cirugía con técnicas modernas, implementando la video endoscopia y la cirugía laparoscópica. En 1995 reorganiza el Servicio, lleva a cabo intervenciones de mayor complejidad, incluyendo la cirugía torácica, y logra la acreditación del mismo por parte de la Asociación Argentina de Cirugía, alcanzando la Jefatura del Servicio. En 1998 promovió un programa de Residencia en Cirugía que fue aprobado también por la mencionada Asociación.

Santa Fe

En Rosario, los primeros abordajes de la caja torácica se realizaron en la tercera década del siglo pasado en el Hospital Carrasco que centralizaba a los pacientes portadores de tuberculosis. La técnica que se empleaba era la toracoplastia de John Alexander con ciertas puntuales limitaciones que podría relacionarse con la reducida complejidad del sector quirúrgico y el desconocimiento elemental por aquel entonces de la fisiología respiratoria postoperatoria. Con el paciente sentado en una silla, el Dr. J. Ovstroski, abordaba el plano extra pleural realizando una infiltración con novocaína a través de un reducido acceso intervertebroescapular y empleando instrumental elongado y curvo que le permitía la disección y extirpación costal distal, colapsaba a la lesión apical. Indudablemente, la mortalidad era muy elevada.

Entrenado en EE.UU. por Overholt y Churchill, el primer cirujano formado en la técnica reseccionista pulmonar fue Alfredo Cesanelli, discípulo de Oscar Cames. Su desempeño profesional lo realizó en el Hospital Centenario y en el Sanatorio Británico en 1946. Años

después, a su lado se formaron Fernando Cames y posteriormente Rodolfo Neirotti y Semy Seineldín.

En 1950, se inaugura en el Hospital Italiano el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, señero en el desarrollo de la cirugía torácica y cardiovascular, no sólo en la provincia de Santa Fe, si no que muchos profesionales aquí formados ejercieron en diferentes ciudades del país y del exterior.

El mismo fue organizado y dirigido por Juan J. Boretti. Graduado en 1947, dió sus primeros pasos en el Hospital Centenario de Rosario junto al reconocido cirujano Oscar Cames. En 1949 concurre al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital de Clínicas de Buenos Aires a cargo de Mario Brea y allí afianza su vocación por la cirugía torácica, regresando luego y organizando dicho Servicio en este Hospital en 1950. En 1956 es incorporado al Hospital Freyre, desarrollando una importante experiencia quirúrgica. En 1971 es nombrado Profesor Titular de Cirugía en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, y ese mismo año cesa en sus funciones en los hospitales mencionados precedentemente y concentra su actividad en el Hospital Centenario. En 1976 es designado Director de la Escuela de Medicina de esa alta casa de estudios. Adscripto al mismo, colaboró Félix Molina y posteriormente se le sumó Emilio Navarini, Mario Milano, Juan Della Bianca, José Luis Ameriso y M. Tomasini. conformando una verdadera escuela quirúrgica. En 1970 tuvieron la primera Residencia autorizada en Cirugía Torácica y Cardiovascular del país en esta especialidad. Emilio Navarini, que sucedería en la Jefatura de Servicio a Boretti, fue Relator en 1997, conjuntamente con Moisés Rosenberg, sobre el tema “Cirugía de Tráquea y Bronquios” en el Congreso de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular.

Mario Milano, graduado en 1955, tuvo extensa participación en tribunales de evaluación, comités asesores y congresos. Ha publicado numerosos trabajos y fue Relator en el Congreso de la Especialidad en 1993 sobre el tema “Cáncer de Pulmón” Miembro de varias Sociedades científicas del país y del extranjero, ha participado activamente en la Asociación de Cirugía del Litoral.

En similar período, consecuente al avance logrado en el tratamiento de diversas patologías respiratorias con las resecciones de las áreas pulmonares comprometidas, con los conocimientos transmitidos por J. Taiana, se suma en la especialidad J. Bupo quién llegó a desempeñarse como Titular de la Cátedra de Cirugía.

A partir del último decenio del siglo anterior, numerosos cirujanos tomaron la antorcha del ejercicio y la enseñanza de la especialidad. S. Milano, Carlos Capitaine Funes, Hernán Pfeiffer, Carlos Seineldín, H. Corvalán, L. Pieretti, entre varios.

Tucumán

Edmundo R. Ramacciotti, graduado en Córdoba, se formó en el Hospital San Roque en los años 50. Luego llegó a Tucumán como discípulo de Ortiz Mayor y trabajó en el Hospital Padilla. Su formación en Cirugía Torácica la realizó en el Hospital Córdoba trabajando con Lázaro Langer desde 1958. Fue Jefe de Sala del Hospital Padilla, y su labor ha sido trascendente en la cirugía de la provincia.

Miguel A. Arcuri, graduado de médico en 1963, médico interno en Monteros entre 1963 y 1970 y en el Hospital Padilla entre 1970 y 1991, siendo Jefe de Servicio y luego Jefe de Departamento de Cirugía. Tuvo inclinación por la cirugía torácica, y llevó a cabo una Pasantía en Paris.

Alfredo Amenábar (h), graduado de médico en la Universidad Nacional de Tucumán en 1975, trabajó en el Hospital “Ángel C. Padilla” entre 1975 y 1977, y luego en el Hospital Centro de Salud “Zenón J. Santillán”. Motivado por la cirugía torácica, concurrió al Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital Italiano de Rosario, a cargo de Juan José Boretti. Regresa a Tucumán y ejerce la cirugía torácica y cardiovascular, asumiendo en 1988 la Jefatura de la Unidad de Cirugía Torácica., siendo nombrado ese mismo año Profesor Adjunto de Cirugía de la Universidad Nacional de Tucumán.

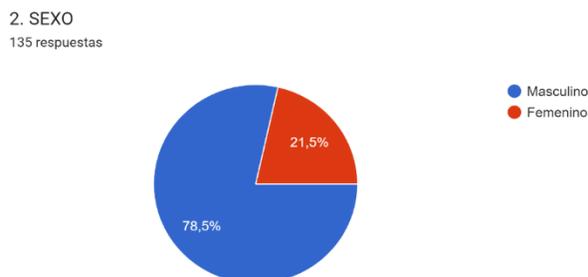
Procurando ofrecer una pincelada histórica sobre la educación de la Cirugía Torácica en la Argentina, seguramente hayan podido quedar sin mención cirujanos que ejercieron la docencia de la Especialidad. A ellos, mi más profunda disculpa, por esa involuntaria omisión que pudiera haber ocurrido.

Situación actual de la Formación en Cirugía Torácica en la Argentina

Para la conformación de este relato se consideró necesario y oportuno llevar a cabo una encuesta nacional para hacer un diagnóstico actual de la educación de la especialidad en nuestro país. Por tal motivo, se envió a través de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica un cuestionario a todos los Socios, como también a Cursantes de la Carrera que conforman un grupo de whats app y también a otro constituido por cirujanos torácicos de la provincia de Córdoba.

De una población total de 269 cirujanos torácicos especialistas y en formación, a los que se les hizo llegar de manera on line dicha encuesta, se recibieron 135 formularios respondidos, en donde se analizaron diferentes aspectos relacionados con la formación en la Especialidad.

La población predominante fue masculina, 78,5 % (Gráfico 2), no obstante se constata un creciente número de mujeres.



El grupo etario más numeroso es aquel que concentra cirujanos en formación (30 a 35 años) observándose un segundo pico entre los 50 a 60 años (Gráfico 3), que traduce experiencia, lo cual representa una ecuación favorable entre educandos - educadores.

Gráfico 3



La mayoría ya ejercen la Especialidad 82,2 % (Gráfico 4)

4. Usted es:
135 respuestas



En la actualidad, la formación en Cirugía Torácica en nuestro país se encuentra diversificada en numerosas modalidades que permiten obtener el Certificado de Especialista, a saber:

- *Residencia* de Cirugía Torácica en determinados Hospitales, avaladas por Universidades, Ministerios de Provincia o de la Nación
- *Carrera* de Especialista en Cirugía Torácica de la Universidad de Buenos Aires a través de Sedes y Subsedes en diferentes puntos del país
- *Beca de Perfeccionamiento* en Cirugía Torácica en un Hospital determinado, con aval de Institución universitaria y Ministerio de Salud.
- *Concurrencia* a Servicios de Cirugía Torácica, y luego examen ante alguna entidad de certificación (Colegio Médico o Ministerio de Salud)
- *Formación tutorizada* por un Cirujano mentor y examen ulterior en Sociedades Científicas o Colegio Médico, avaladas por el Ministerio de Salud de la Nación o Provincial.
- *Fellowship* en el extranjero y luego rindiendo examen ante alguna entidad de certificación (SACT, Colegio Médico) reconocida por el Ministerio de Salud.

Estas diferentes modalidades de formación llevan a la necesidad de precisar el significado e implicancias de cada una de éstas.^(14,33)

Residencia: sistema de formación integral de posgrado inmediato, remunerado, en las disciplinas que integran el equipo de salud. Se trata de una capacitación en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva, de acuerdo a un programa de formación predeterminado, dentro de plazos preestablecidos, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad creciente y bajo la dirección y supervisión correspondiente. Estas actividades tienen lugar en el seno de equipos interdisciplinarios con población a cargo, utilizando toda la red de servicios públicos de una determinada jurisdicción.

Alumnos o Cursantes de la Carrera: se refiere a aquellos que cursan la Especialidad bajo una modalidad teórico - práctica que se enmarca en un Programa definido, con actividades dirigidas y supervisadas por un equipo docente, con evaluaciones periódicas, integrados al Servicio de un Hospital que es sede o subse de la Universidad de Buenos Aires u otra casa de estudios, siendo la cursada a tiempo parcial y no remunerada.

Beca de Perfeccionamiento: programa de formación de posgrado donde el profesional que realizó el aprendizaje básico de una especialidad, desea profundizar sus conocimientos en un aspecto específico de la misma con práctica intensiva y supervisada en un servicio asistencial determinado, el cual brinda formación teórico-práctica con evaluaciones respectivas, permitiendo la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades para el ejercicio autónomo de la profesión, pudiendo o no ser remunerada.

Concurrencia: sistema de capacitación profesional de posgrado, no rentado, en las disciplinas que integran el equipo de salud. Se trata de una capacitación en servicio, a tiempo parcial, desarrollando actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones, en el seno de equipos interdisciplinarios con población a cargo, utilizando toda la red de servicios públicos de una determinada jurisdicción.

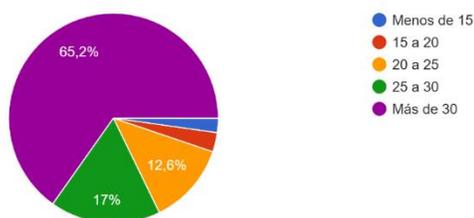
Formación tutorizada: alude a la capacitación no formal ni sistematizada, en la cual el aprendiz se desempeña junto a un cirujano maestro o mentor, y transcurrido un período de práctica clínico - quirúrgica no especificado, se presenta a rendir examen ante la entidad certificante. Generalmente el aprendiz oficia de ayudante en las cirugías que efectúa el cirujano mentor.

Fellowship: proceso formativo de duración variable (en general de 12 a 24 meses) en el que un médico con una residencia ya cumplida realiza una formación o entrenamiento adicional no remunerado, que implica evaluación para acreditación final en la especialidad posbásica.

Este abanico de posibilidades conduce a una heterogeneidad en la formación, que se evidencia, entre otras variables, por la diferente carga horaria cotidiana (Gráfico 5) de los educandos.

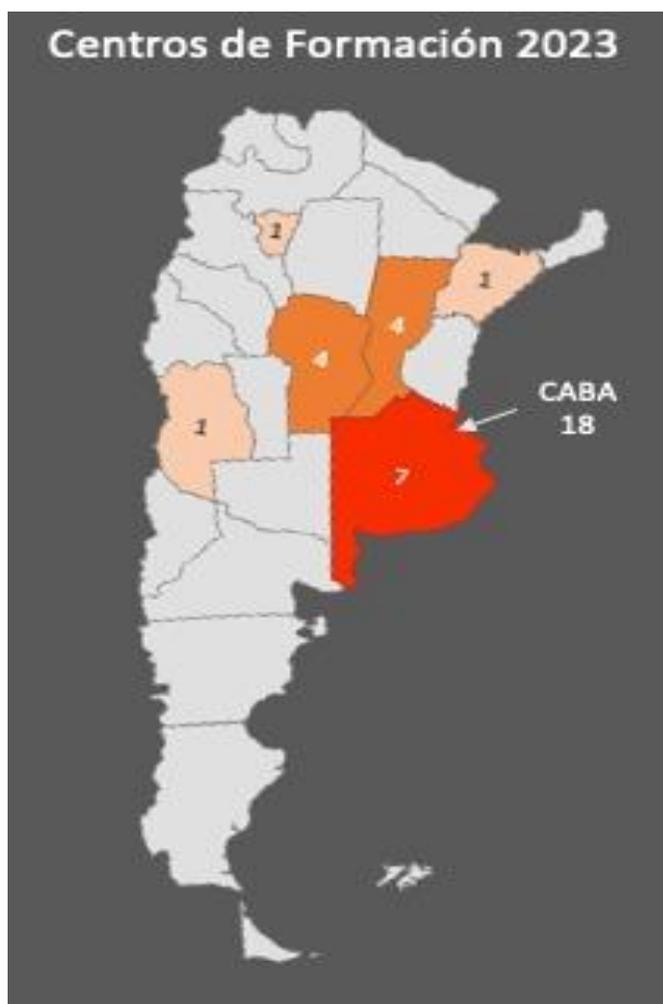
Gráfico 5

38. Cuántas horas por semana le insumió su Formación en Cirugía Torácica?
135 respuestas



En la Argentina no hay un Currículo de la Especialidad unificado entre las provincias (Gráfico 6), por el contrario, cada Hospital o Centro de Formación tiene su propio Programa de Enseñanza y a su vez, cada entidad certificante evalúa y otorga la certificación de especialista de acuerdo a criterios propios, por lo cual el nivel de formación teórico - práctica en primera instancia, y a posteriori la evaluación con la que se examina al futuro Especialista no responde a un lineamiento formativo común a nivel nacional.

Figura 10: Distribución de los Hospitales / Centros Formadores en el territorio nacional



La oferta educativa difiere entre los Hospitales Formadores, sea por la experiencia quirúrgica y pedagógica del Equipo Docente, sea por el volumen y complejidad de cirugías que se efectúan, sea por la infraestructura y nivel tecnológico de la aparatología diagnóstica y terapéutica que posea el mismo.

Hospitales / Centros Formadores

Referencias: (R) Residencia, (S) Sede de la Carrera, (C) Concurrencia

CABA (17)

Hospital Alemán (R)

Hospital Británico (R)

Hospital de Clínicas José de San Martín (R)

Hospital Italiano (BP)

Fundación Sanatorio Güemes (S)

Instituto de Oncología “Ángel Roffo” (S)

Instituto Privado de Oncología “Alexander Fleming” (S)

Hospital Carlos Durand (S)

Hospital César Milstein (S)

Hospital Enrique Tornú (S)

Hospital José María Ramos Mejía (S)

Hospital Churruca Visca (S)

Hospital Ignacio Pirovano (S)

Hospital Juan Fernández (S)

Hospital María Ferrer (S)

Hospital Militar Central (S)

Hospital Parmenio Piñero (S)

BUENOS AIRES (7)

Hospital Austral, Pilar (R)

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata (R)

Hospital San Juan de Dios, La Plata (R)

Hospital Cetrángolo, Vicente López (S)

Hospital Interzonal General de Agudos Prof Dr Luis Güemes, Haedo (S)

Hospital Luis Federico Leloir, Esteba Echeverría (S)

Hospital Nacional Prof Alejandro Posadas, Morón (S)

CORDOBA (4)

Clínica Reina Fabiola (R)

Hospital Italiano

Hospital Privado Universitario (R)

Sanatorio Allende

CORRIENTES (1)

Hospital Escuela General José Francisco San Martín (R)

MENDOZA (1)

Hospital Central (R)

SANTA FE (4)

Sanatorio Parque, Rosario (R)

Hospital Español, Rosario (C)

Hospital Italiano, Rosario (C)

Hospital José Bernardo Iturraspe, Santa Fe (C)

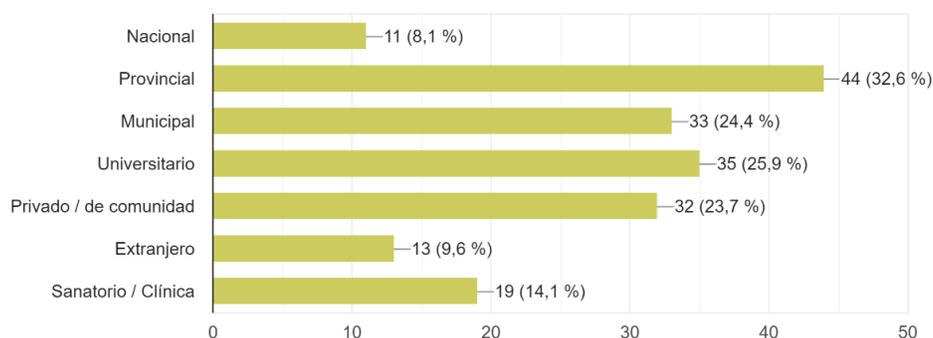
TUCUMAN (1)

Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán

Con relación a los Hospitales Formadores, los datos obtenidos dan cuenta de cierta paridad, con un discreto predominio de los Hospitales Provinciales, luego los Municipales y Privados o de Comunidad, siendo muchas veces, en los tres casos, también Hospitales Universitarios (Gráfico 6).

6. Su formación en Cirugía Torácica ha sido/es en un Hospital (puede marcar más de una):

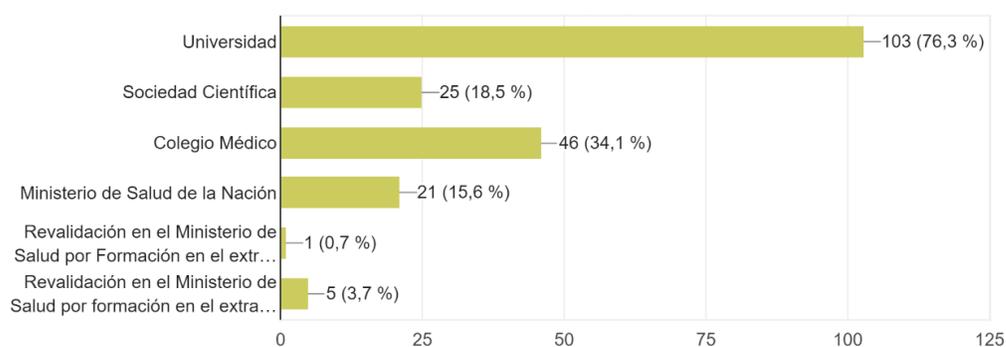
135 respuestas



Esta asociación hospital - universidad si bien es histórica, tiene plena vigencia en la actualidad, al ser las Universidades las entidades que en estos casos expiden las certificaciones de especialista (Gráfico 7) lo cual lleva a plantear la responsabilidad directa que tienen las facultades de medicina en la actualización y supervisión de los programas educativos.

7. Su Certificación como Cirujano Tóraco ha sido/será otorgada por (puede marcar más de una):

135 respuestas



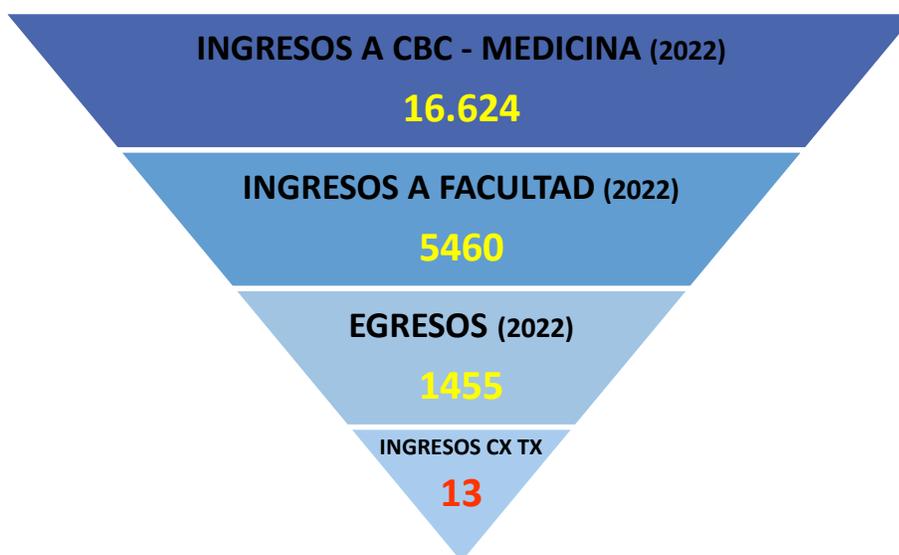
Otro aspecto a considerar es que más de un tercio de los colegas también han sido certificados por los colegios médicos, lo cual evidencia la relevancia de incluirlos en la discusión programática y evaluatoria de la Especialidad.

La Universidad de Buenos Aires y los Hospitales Asociados representan la mayoría de los centros de formación de la Especialidad. Al respecto, se evaluó la situación actual referida al número de estudiantes que ingresaron a la UBA (CBC), a la Facultad de Medicina y cuántos egresaron de la misma durante el año 2022 (Tabla 1) y los admitidos a la Carrera en 2023.

Tabla 1: Ingresos y egresos a Medicina – UBA

Intranet - Facultad de medicina UBA											
PADRON DE ALUMNOS											
◀ Volver											
ESTADISTICA: Cantidad de Ingresos/Egresos por carrera y año											
CARRERA	Ing 2019	Egr 2019	Ing 2020	Egr 2020	Ing 2021	Egr 2021	Ing 2022	Egr 2022	Ing 2023	Egr 2023	
039 - Medicina	4752	1153	5649	1020	6775	1855	5460	1455	4002	851	
050 - Lic. en Obstetricia	101	11	148	9	125	40	174	32	102	8	
051 - C.C. de la Lic. en Obstetricia	1	0	2	0	0	3	1	0	4	0	
033 - Lic. en Kinesiología y Fisiatria	369	29	450	4	662	203	309	125	353	5	
035 - C.C. de Kinesiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
022 - Lic. en Fonoaudiología	106	21	130	5	194	61	117	53	101	10	
023 - C.C. de Fonoaudiología	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	

Fuente: Dpto Alumnos, Facultad de Medicina, UBA



Fuentes: Dpto Alumnos, CBC, UBA

Sector Actas, Posgrado, Facultad de Medicina, UBA

Carrera de Especialista en Cirugía Torácica - UBA 2023



Fuente: Departamento de Posgrado. Facultad de Medicina - UBA

La cantidad de inscriptos en el año 2022 para realizar el CBC para Medicina fue de 16.624 alumnos, los que ingresaron a la Carrera de Especialista en 2023 fueron 13, de los cuales 7 fueron argentinos y 6 extranjeros (Latinoamérica), siendo incorporados a las Sedes que abrieron este año: Instituto Alexander Fleming, Instituto de Oncología Ángel Roffo, Hospital Cetrángolo, Hospital Churruca, Hospital Durand, Hospital Esteban Echeverría, Hospital Ferrer, Hospital Militar Central, Hospital Posadas, Sanatorio Güemes y Hospital Tornú.

Marco regulatorio y de acreditación por parte del Estado

La Carrera de Especialista en Cirugía Torácica es una especialidad reconocida por el Ministerio de Salud (Tabla 2) y como tal está sujeta a la legislación vigente en cuanto a su regulación se refiere.

Tabla 2. Especialidades reconocidas por Res. MS N° 1814/2015 y Res. MS N° 1549/2022.

ESPECIALIDAD	
Alergia e Inmunología	Medicina del Trabajo
Alergia e inmunología Pediátrica	Medicina General y/o Medicina de Familia
Anatomía Patológica	Medicina Legal
Anestesiología	Medicina Nuclear
Angiología General y Hemodinamia	Medicina Paliativa
Cardiología	Nefrología
Cardiología Infantil	Nefrología Infantil
Cirugía Cardiovascular	Neonatología
Cirugía Cardiovascular Pediátrica	Neumonología
Cirugía de Cabeza y Cuello	Neumonología Infantil
Cirugía de Tórax (Cirugía Torácica)	Neurocirugía
Cirugía General	Neurología
Cirugía infantil (Cirugía Pediátrica)	Neurología Infantil
Cirugía Plástica y Reparadora	Nutrición
Cirugía Vascul Periférica	Obstetricia
Clínica Médica	Oftalmología
Coloproctología	Oncología
Dermatología	Ortopedia y Traumatología
Dermatología Pediátrica	Ortopedia y Traumatología Infantil
Diagnóstico por Imágenes	Otorrinolaringología
Electrofisiología cardíaca	Pediatría
Emergentología	Psiquiatría
Endocrinología	Psiquiatría Infante Juvenil
Endocrinología Infantil	Radioterapia o Terapia Radiante
Farmacología Clínica	Reumatología
Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)	Reumatología Infantil
Gastroenterología	Terapia Intensiva
Gastroenterología Infantil	Terapia Intensiva Infantil
Genética Médica	Tocoginecología
Geriatría	Toxicología
Ginecología	Urología
Hematología	Salud Mental Comunitaria
Hemoterapia e Inmunoematología	Gestión de Servicios de Salud
Hepatología	Auditoría de Servicios de Salud
Hepatología Pediátrica	Epidemiología
Infectología	Salud Pública
Infectología Infantil	

El Ministerio de Salud crea, por Resolución N°450 de fecha 7 de abril de 2006, el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, y se establecen criterios básicos, los integrantes del Sistema y los registros.

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud se encuentra integrado por el Consejo Federal de Salud - COFESA - como rector de la política a seguir en la formación del recurso humano en salud, es presidido por la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización, la Dirección Nacional de Capital Humano como coordinador, la Comisión Técnica, integrada por representantes jurisdiccionales y la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, conformada por Entidades representativas del sector.

A la vez, la citada Resolución sobre el Sistema prevé un Registro Único de Entidades Evaluadoras, conformado por Sociedades Científicas, Universidades y otras Organizaciones Civiles.

Por Resolución N° 1074 de fecha 30 de julio de 2015 se han aprobado los Marcos de Referencia de las Especialidades Médicas y los mismos fueron incorporados como estándar de evaluación de las residencias que se acrediten en el marco del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

Mediante Disposición N° 104 de fecha 24 de noviembre de 2015, se han aprobado los nuevos Estándares Nacionales y Contenidos Transversales, para la Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, y los formularios nacionales para la evaluación de residencias del equipo de salud (Instrumento Nacional de Residencias del Equipo de Salud, Encuesta de Residentes y Guía para los Evaluadores), a los efectos de que los mismos definan los criterios mínimos para el funcionamiento de formación de residencias, refrendados por la Comisión Técnica Interjurisdiccional y la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

La especialidad médica Cirugía de tórax (Cirugía torácica) está incluida en el listado de especialidades reconocidas por Resolución 1814/2015 del Ministerio de Salud.

Mediante la Disposición N° 86 de fecha 17 de noviembre de 2016 la Secretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización la entidad Asociación Argentina de Cirugía ha sido incorporada al Registro de Entidades Evaluadoras.

La obtención del Certificado de Especialista por parte del Ministerio puede ser sin examen, debiendo el título tener que estar legalizado, dependiendo de la entidad que lo ha expedido, según a continuación se detalla; o bien, si es con examen, cumplir los requisitos que se exhiben posteriormente.

Certificado de Especialista sin examen

Legalizaciones que debe tener el título para poder certificarlo

Universitarios: Ministerio de Educación de la Nación. En el caso de que el título sea anterior al año 2012, debe ser legalizado en el Ministerio del Interior.

Entidades Científicas y/o Asociaciones: Las instituciones que expidan los Certificados, deberán certificar las firmas de las autoridades que los rubrican en el reverso del mismo, haciendo constar “que las firmas que anteceden son auténticas” (firma, fecha y sello), como así también número y fecha de la Resolución o Disposición del MINISTERIO DE SALUD que las autoriza a expedirlos.

Colegios de Provincia con convenio: Deberán estar inscriptos en la Red Federal de Registros de Profesionales (REFES) y estar recertificados cada 5 años. Traer original y recertificación. Para verificar ingresar a sisa.msal.gov.ar / a través de la Agenda Sanitaria / REFEPS.

Certificado de Especialista con examen

Requisitos

- Acreditar no menos de CINCO (5) años de graduado y el ejercicio efectivo de la profesión por igual período*.
- Acreditar no menos de TRES (3) años consecutivos e inmediatos anteriores a la fecha de solicitud en el ejercicio de la Especialidad de que se trate*.
- Postularse a un examen de la especialidad, que deberá aprobarse en tres etapas.

*Se debe completar el Formulario exhibido a continuación.

CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD: MÉDICO/A - ODONTÓLOGO

El/la abajo firmante, Dr./Dra.MN.....

Jefe del servicio de.....

Establecimiento.....

Dependiente de.....

CERTIFICA que el/la Dr./Dra./Lic.

Documento Nacional de Identidad N°.....

CUIT/CUIL.....

Ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida desde el día del mes de del año..... hasta el día del mes de..... del año cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario, dentro del mencionado Servicio.

.....
Firma y Sello del/la Jefe/a del Servicio

El/la que suscribe Dr./Dra./Lic.

Director/a de

Avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el/la Jefe/a del Servicio de

..... Dr./Dra./Lic.

Se extiende el presente a pedido del/la interesado/a para su presentación ante la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, para los fines previstos en el artículo 21/31 de la Ley N° 17.132; artículo 7° de la Ley N° 24.004 y Resolución MS 1549/2022, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los..... días del mes de del año

.....
Sello del Establecimiento Asistencial

.....
Firma y sello del/la director/a

Especialización en Cirugía Torácica. Campo de acción

La Cirugía Torácica, como se mencionó al definirla, constituye una especialidad dedicada al estudio y tratamiento quirúrgico de los procesos que afectan al tórax, tanto en su continente como en su contenido, es decir, la pared torácica, pleura, pulmón, mediastino, árbol traqueobronquial, esófago y diafragma, con excepción de las enfermedades cardíaca y de grandes vasos, y la patología mamaria.

Dichos procesos pueden tener un carácter congénito, inflamatorio, displásico, tumoral o traumático.

Por otro lado, hay que incluir en su estudio, la patología de los órganos situados en regiones limítrofes y cuyo compromiso patológico puede repercutir en el tórax, tales como afecciones cervicales y subdiafragmáticas. De igual modo, el Especialista deberá conocer las enfermedades sistémicas que puedan tener manifestación torácica. Asimismo, se comprende que existen áreas de superposición entre ésta y otras especialidades, como la Cirugía General, Cardiovascular, Neumonología y Oncología, entre otras, lo cual exige aprender a trabajar de manera interdisciplinaria y coordinada.

Si bien en hospitales o centros de salud, particularmente aquellos alejados de los grandes centros urbanos, hay cirujanos generales que operan patologías del tórax sin ser formalmente especialistas, el ejercicio cotidiano de la Especialidad requiere una formación y certificación específica, como lo establece la legislación vigente.

Objetivos educacionales

Para delinear un Programa Educativo en Cirugía Torácica, como en cualquier otra especialidad, es necesario considerar que la planificación está relacionada con:

- 1) las necesidades de la sociedad
- 2) los contenidos educativos que el Cursante debe aprender
- 3) las opiniones de los expertos en la materia acerca de qué es importante

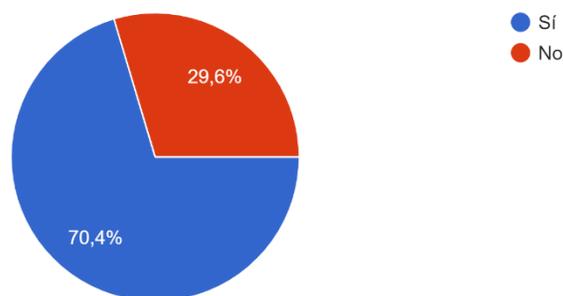
Enseñanza de la Cirugía Torácica en el Pregrado

Para sentir afinidad o inclinarse hacia algo, primero hay que mínimamente conocerlo. Los estudiantes de medicina egresan, en general, sin tener una idea clara del quehacer e incumbencias de la Especialidad. En la currícula de pregrado no está incluida como materia la Cirugía Torácica, no obstante, cuando se cursa Cirugía, se presenta la oportunidad de que

algún módulo, o bien determinados temas relacionados con la especialidad, sean incluidos en el programa. Este temario es muy variable, y depende de cada Unidad Docente. Un porcentaje significativo los cirujanos torácicos (Gráfico 47) imparten clases a alumnos de pregrado.

47. Usted enseña temas de nuestra Especialidad a alumnos del pregrado?

135 respuestas



Si bien el objetivo en el pregrado, desde ya, no es la formación de un cirujano⁴, y menos aún la de una sub especialidad, es trascendente que el alumno tenga noción sobre el conjunto de patologías que abarca la cirugía torácica⁶⁻⁷, y particularmente sean enseñados temas importantes por su prevalencia en la práctica asistencial, como por ejemplo cáncer de pulmón, traumatismos torácicos, patologías del espacio pleural y tumores de mediastino⁸, y patología esofágica benigna y maligna, por citarse algunos a título ilustrativo.

La enseñanza del temario sería ideal que recayera en un cirujano torácico⁹, para transmitir así su propia experiencia sobre el tópico a desarrollar, y si eso no fuere posible, sería conveniente que la clase la dicte un cirujano general con experiencia en patología torácica.

En cuanto a la parte práctica de la cursada, sería productivo que los alumnos presencien un número mínimo de operaciones, y que puedan correlacionar lo visto en el quirófano con el pre y postoperatorio del paciente. De esa manera la instrucción recibida no será sólo teórica, sino que tendrán la oportunidad de observar *in vivo* lo aprendido en el aula. La posibilidad de ingresar a una sala de operaciones debería ser facilitada durante la enseñanza de pregrado, ya que el graduado, si no continua su formación en una especialidad quirúrgica, difícilmente ingrese a quirófano en su vida profesional futura, máxime en cirugía torácica, especialidad que se lleva a cabo sólo en determinados hospitales. De esto se infiere que los alumnos tendrán ocasión de ver intervenciones torácicas siempre y cuando el hospital en el que cursen tenga un volumen de pacientes quirúrgicos, y las disposiciones internas así lo permitan.

Lo expuesto precedentemente evidencia la falta de uniformidad en el modo de enseñar lo referente a la cirugía torácica en las diferentes Unidades Docentes Hospitalarias, lo cual conduce a la necesidad de establecer en las Facultades de Medicina reuniones de consenso

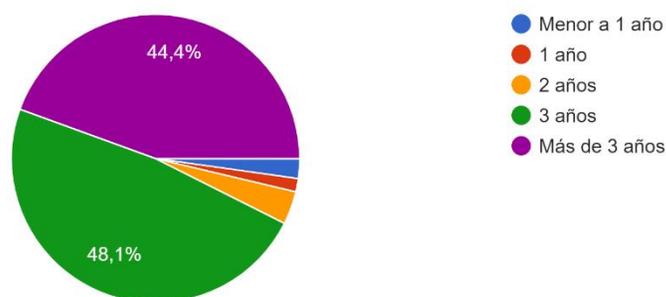
entre los Titulares de Cátedra de pregrado de los diferentes hospitales, a fin de armonizar los contenidos que se enseñan y la metodología empleada.

Carrera de Especialista

En nuestro país, la carrera de Especialista en Cirugía Torácica es una especialidad pos básica, lo cual implica que para cursarla debe haberse obtenido la certificación en Cirugía General. La carrera, en tanto implica una capacitación formal, sistemática e integral, adopta diferentes modalidades de cursada, y dependiendo de la Universidad y el Hospital donde se la lleve a cabo, los alumnos serán Residentes, Cursantes, Becarios o Concurrentes, con diferentes tiempos de capacitación (Gráfico 8). Cada Hospital tiene su propia organización interna, pudiendo la Unidad Docente tener asiento en una División, Servicio, Sector, Sección o Unidad de Cirugía Torácica.

8. Cuál ha sido/es la duración de su formación en Cirugía Torácica?

135 respuestas



Al circunscribirnos a la enseñanza formal, hay unanimidad en aceptar que el mejor sistema de educación para graduados es el régimen de Residencia, o bien, como el implementado en determinadas instituciones, el de Becario con dedicación exclusiva en el marco de un Programa Universitario definido y aprobado por la autoridad competente. Asimismo, la Carrera de Especialista de la Universidad de Buenos Aires, a tiempo parcial, es la modalidad con mayor representatividad, evidente por los numerosos hospitales sedes o subsedes, y, por ende, con la mayor productividad de especialistas del país. La Concurrencia, modalidad a tiempo parcial y de mayor duración, está presente en muy pocos hospitales, y la convocatoria a la misma no tiene regularidad.

La Residencia, o aquel que tuviere similares características, es el método de aprendizaje más idóneo de formación de profesionales en un tiempo determinado, basado en cuatro premisas, que se conservaron a través del tiempo: 1- Capacitación en servicio activo, 2- Dedicación

exclusiva de los Residentes, 3- Enseñanza programada y supervisada, 4- Delegación progresiva de responsabilidades médicas o quirúrgicas^{10,11}.

Por ello, es la modalidad que se propondrá como programa educativo a seguir, ya que, además de las características señaladas, promueve el trabajo en equipo, optimiza el aprendizaje al protocolizar algoritmos diagnósticos y terapéuticos, mejorando el costo/beneficio y la calidad de atención, y genera un ámbito que estimula el estudio, formación y superación de sus integrantes en una actitud académica y docente¹².

Dada la heterogeneidad de calidad educativa que persiste hasta el presente, la formación del Especialista debiera encuadrarse entonces en un currículo que tome a la Residencia como modelo a implementar, permitiendo al educando una formación intensiva, remunerada, en hospitales que tengan una infraestructura adecuada, con un equipo docente dedicado y acreditado, y un volumen de operaciones que permita alcanzar los objetivos educativos necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad.

No se puede acceder a una enseñanza de posgrado satisfactoria, en una especialidad propiamente quirúrgica como es la Cirugía Torácica, si el alumno no tiene oportunidad de incorporar realmente los contenidos teóricos y prácticos del programa, si no se le brindan los medios efectivos para lograrlo, y eso es responsabilidad de la comunidad científica en demandarlo, y de aquellos que conducen en planificarlo y llevarlo a cabo.

Para ello, es necesario recorrer un camino de interacción y consenso, donde muchos actores entran en juego, como autoridades gubernamentales, universitarias, hospitalarias, de sociedades científicas, colegios médicos, consejos y círculos profesionales médicos.

A los fines de proyectar una educación en Cirugía Torácica ecuaníme en la República Argentina, se propone un modelo de Programa de Formación en la Especialidad que cada Centro Formador, a través de su Director y Cuerpo Docente, podría analizar, efectuar sugerencias y proponer mejoras, de tal manera que luego todas las observaciones y consideraciones efectuadas confluyan en Reuniones de Consenso, presenciales, virtuales o mixtas, organizadas para tal fin, por ejemplo, en la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica o en cualquier otra institución de referencia en el país.

Al respecto, bien serviría activar el Comité de Educación de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, dando participación a todos los Cirujanos Miembros que quisieran participar en este tema u otros.

En otros términos, este modelo de Programa de Formación que se propone no es más que la base para discutir entre todos qué calidad de enseñanza queremos delinear para el presente y futuro de los cirujanos torácicos que vendrán, y en definitiva, para la calidad de atención y prestaciones que la sociedad demanda y tenemos el deber de atender.

Luego, habiéndose trazado un rumbo en el seno de la comunidad quirúrgica torácica, y resultando un Programa de Formación consensuado entre los Centros de Formación de todo el país, se podría elevar para su consideración a instancias superiores de la Educación y la Salud, como las Facultades de Medicina de las diferentes Universidades que imparten la enseñanza de la Especialidad, y a las dependencias respectivas de los Ministerios de Salud de la Nación y Ministerios de Salud Provincial, como los de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Santa Fe y Tucumán.

Los cirujanos torácicos, a pesar de ser un núcleo de especialistas poco numeroso en el contexto de los médicos matriculados en el país, aún no hemos concertado lineamientos en común que permitan alcanzar mayor equidad en la dinámica de enseñanza - aprendizaje de la Especialidad. Esto pudiera responder a varios factores: 1) programas con contenidos y objetivos disímiles, 2) políticas universitarias que difieren unas de otras, reflejando algunas de ellas falta de conocimiento en el ejercicio cotidiano y los avances técnicos, y por consiguiente mínimo involucramiento en la actualización de planes de estudio y seguimiento de la Carrera en las sedes respectivas, 3) funcionamiento de sedes en hospitales con bajo flujo de pacientes torácicos, 4) equipos docentes poco motivados en la instrucción teórica y práctica, 5) afectación directa de la situación económica y laboral en el grado de compromiso y dedicación docente en las aulas, el quirófano, la producción de trabajos científicos y la participación en actividades académicas y societarias.

Cabe aclarar que cuando se plantea una equidad educativa, no significa que la educación sea homogénea, porque, lógicamente, cada Centro de Formación tiene su trayectoria y prestigio, y le da su propia impronta a la enseñanza que brinda. Equidad educativa alude a brindar por igual los recursos docentes, metodológicos y materiales, para que los educandos puedan acceder a la adquisición teórica y práctica del conocimiento para ejercer con idoneidad e independencia la Especialidad. Un planeamiento educativo consensuado a nivel nacional facilitará al egresado poder alcanzar las competencias necesarias en cualquiera de los Servicios Formadores del país.

Desde ya, procurar cierta base educativa en común, no depende sólo de un Programa que establezca contenidos teóricos y prácticos a cumplimentar en todas las Unidades Docentes, sino también, y muy especialmente, de la capacidad real que tiene cada Centro de Formación en ofrecer un adecuado volumen de intervenciones y actividades conexas de investigación, formación académica, participación en congresos y publicaciones.

Propuesta de un modelo de Programa de Formación. Fundamentos

El avance científico y tecnológico en la metodología diagnóstica y terapéutica ha contribuido decididamente al desarrollo y crecimiento de la Especialidad.

El progreso de las diferentes técnicas hacia abordajes cada vez menos invasivos ha influido decididamente en la cirugía torácica en su conjunto, así como las intervenciones endoscópicas y el desarrollo del trasplante pulmonar.

La elevada prevalencia de las enfermedades torácicas, y en particular las neoplásicas, ha hecho que la Cirugía Torácica se haya convertido en una Especialidad claramente definida, que requiere para su práctica un alto grado de capacitación y una dedicación completa. Asimismo, los tratamientos oncológicos multimodales llevaron al cirujano torácico a una interacción permanente con colegas de otras disciplinas, extendiendo su rol a nuevas instancias con intención curativa o paliativa.

Dado el vasto campo de acción se considera, en consecuencia, que la formación del cirujano torácico es y debe ser específica, individualizándose de otras especialidades quirúrgicas. Ante la ampliación y profundización de los conocimientos y de nuevas técnicas operatorias, es fundamental, por tanto, planificar y disponer de programas con contenidos actualizados.

Es fundamental que el entrenamiento quirúrgico, la formación académica y científica, sea acompañado simultáneamente por la formación ética y humanística durante todo el período de formación a los futuros especialistas, ya que el paciente, más allá de la patología que lo afecte, debe ser comprendido en su situación personal, familiar y social, contenido y respetado.

Propósito

La finalidad principal es la formación de especialistas en Cirugía Torácica, competentes, responsables y con actitudes profesionales éticas, capaces de ejercer en los diversos servicios hospitalarios y asistenciales, de acuerdo con las necesidades de éstos y de la población de su área sanitaria.

Composición

Programa: Especialista en Cirugía Torácica

Modalidad: Residencia médica posbásica

Título: Especialista en Cirugía Torácica

Responsable del Programa: Director / Subdirector de Sede

Coordinador del Programa: Jefe de Servicio / Cirujano de Planta

Cuerpo Docente: Cirujanos de Planta, Cirujanos Invitados

Duración: 3 años

Carga horaria total: 6480 horas, anual: 2160 hs. semanal: 40 hs (+/- 5 hs)

Requisitos de ingreso: pueden variar según cada Sede

- Menor de 40 años
- Residencia de Cirugía General completa
- Presentación de CV
- Entrevista personal

Vacante: 1 (una) anual, variable según Sede

Selección de candidatos a la Carrera de Especialista

Los criterios y el proceso de selección varían en función del Hospital para el cual el candidato se postule, no obstante, en nuestro país hay mayoritariamente acuerdo en la cumplimentación de la Residencia de Cirugía General como requisito obligatorio, y lógicamente la presentación del *curriculum vitae*.

En relación con la edad, históricamente, y aún presente en muchos lugares, el límite para ingresar a cualquier tipo de Residencia es de 35 años. Se considera que esta edad, como se propone, debería ser de 40 años, dado que se trata de una Residencia posbásica y la expectativa de vida se incrementó considerablemente en relación con aquella que había hace 60 años atrás cuando se establecían las condiciones de admisión. Asimismo, las vicisitudes de la propia vida pueden deparar circunstancias que dificulten en ocasiones poder cumplir con los requisitos exigidos antes de los 35 años.

La carga horaria es uno de los aspectos que más varía, yendo de 25 a 60 hs, según cada hospital y régimen de Formación (Carrera de Especialista, Concurrencia, Residencia, Beca). Considerando a la Residencia, como se expuso, la mejor modalidad de Formación, y que la misma es remunerada y como tal sujeta a Reglamentaciones laborales en cuanto a carga horaria diaria y semanal, es oportuno reflexionar sobre el tiempo que el Residente debe asistir al hospital. Si bien la etimología de *Residente* proviene justamente del tiempo completo que permanecían en el hospital, los tiempos han cambiado, y debería comprenderse que el educando también tiene derecho a disponer de un tiempo lógico para sí mismo y su familia.

Es en este sentido que se estipula en 40 hs semanales +/- 5 hs un tiempo razonable para la Formación.

Con respecto a la Entrevista personal, es en ocasiones lo que define la selección del candidato, teniendo en cuenta la motivación, el entusiasmo y el compromiso, máxime si ha rotado previamente por el Servicio y así lo ha demostrado.

El último ítem, y no menos importante, es el número de candidatos a incorporar, lo cual se efectúa en función del Equipo Docente¹⁵, para lograr una óptima relación educador - educando (1/1), el volumen de cirugías y la dinámica que se lleve a cabo en el Servicio.

Perfil del Egresado

Al finalizar el Programa de Especialista en Cirugía Torácica, el profesional deberá:

-Haber adquirido el conocimiento teórico y manejo clínico de la patología torácica quirúrgica, concibiendo al paciente de manera integral, en su estado de salud física, psíquica y su entorno social.

-Interpretar los estudios y realizar los métodos diagnósticos que involucre la especialidad, incluyendo las exploraciones endoscópicas, toracoscópicas y mediastinoscópicas.

-Desarrollar criterios de valoración preoperatoria y tener precisión en las indicaciones quirúrgicas, recurriendo a colegas de mayor experiencia o a ateneos multidisciplinarios cuando el cuadro clínico amerite.

-Poseer la capacidad técnica operatoria y prever las consecuencias que pudieran tener determinados gestos intraoperatorios.

-Discernir en el control postoperatorio la evolución desfavorable, y encarar el tratamiento de las complicaciones.

-Saber entablar en todo momento una relación empática con el paciente, su familia y el resto del equipo tratante.

-Actuar como promotor de la salud en la difusión de hábitos saludables, y desalentar los perjudiciales en pro de la prevención de enfermedades.

-Gestionar con transparencia y administrar con eficiencia los insumos médicos y los recursos asistenciales en la práctica diaria.

-Ejercer la docencia a educandos en su órbita de acción, y realizar trabajos de investigación, a fin de presentarlos en congresos, reuniones científicas y publicaciones.

- Trabajar en equipo intra e interdisciplinario, propiciando un clima respetuoso y armónico.
- Propender al desarrollo profesional continuo, enseñando con el ejemplo y en el marco de un desempeño ético.

Objetivos generales

Al finalizar el Programa el cirujano en formación deberá:

- Identificar el motivo de consulta que le compete, pero enfocar al paciente integralmente, en su realidad psicofísica, familiar, socioeconómica y cultural.
- Conocer la teoría e integrarla al manejo clínico quirúrgico de los pacientes con enfermedades torácicas.
- Realizar todos los métodos diagnósticos propios de la especialidad, incluyendo las exploraciones instrumentales quirúrgicas.
- Desarrollar los criterios de valoración preoperatoria, así como tener precisión en las indicaciones quirúrgicas.
- Poseer la destreza manual que requieren las diferentes técnicas operatorias.
- Discernir la evolución favorable o no que tenga un paciente en el postoperatorio, efectuar el diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones.
- Haber adquirido formación transversal, común a todas las especialidades, referente a metodología científica, bioética, gestión y comunicación.
- Ser capaz de entablar una relación médico - paciente - familia satisfactoria, así como con el resto del equipo profesional y su ámbito institucional.
- Poder expresar su experiencia en trabajos científicos, y la presentación en congresos, reuniones científicas y publicaciones.

Objetivos particulares

Se describirán para el área de Consultorio / Guardia, Sala de Internación y Quirófano.

Primer Año

Consultorio Externo / Guardia (actividad con tutoría)

- Entablar una comunicación respetuosa y fluida con el paciente y su familia.
- Realizar anamnesis y examen físico, evaluar estado general del paciente y eventuales patologías asociadas.
- Interpretar estudios complementarios funcionales e imagenológicos.
- Proponer diagnóstico principal y probables diagnósticos diferenciales.
- Discernir tratamiento por la especialidad u otras.
- Efectuar control posoperatorio y curación de herida, reconociendo posibles complicaciones.
- Reconocer las urgencias en patología torácica. Efectuará Guardias Pasivas.
- Confeccionar recetas, órdenes de práctica, solicitud de materiales e informes.

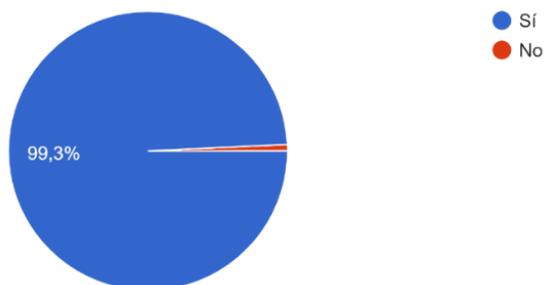
Sala de Internación

- Realizar Pase de novedades y recorrida de Sala con médicos de planta. Hará Recorrida de sala los días feriados, informando novedades de cada paciente en grupo de whats app del Servicio.
- Efectuar seguimiento posoperatorio, curación de heridas y manejo de drenaje.
- Reconocer evolución tórpida y solicitar estudios de control.
- Redactar evoluciones, interconsultas y resumen de historia clínica.
- Presentar pacientes en ateneos multidisciplinarios, de morbimortalidad e interhospitalarios.
- Participar en trabajos de investigación científica.

La Encuesta demuestra el alto índice de inclusión que tiene la realización de ateneos multidisciplinarios, de morbimortalidad e interhospitalarios (Gráficos 31, 32, 33, 34 y 37).

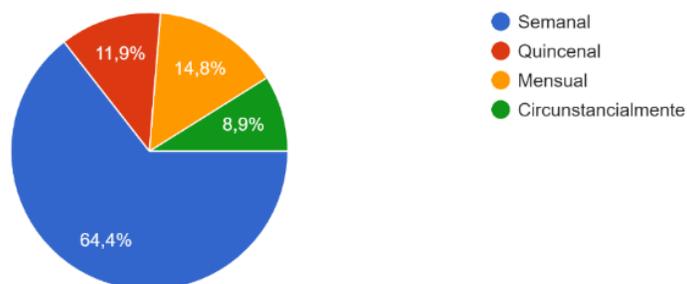
31. Durante su Residencia / Fellowship, participó activamente en Ateneos Multidisciplinarios?

135 respuestas



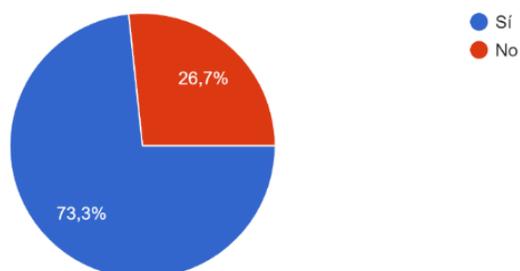
32. Si su respuesta es afirmativa, con qué frecuencia?

135 respuestas



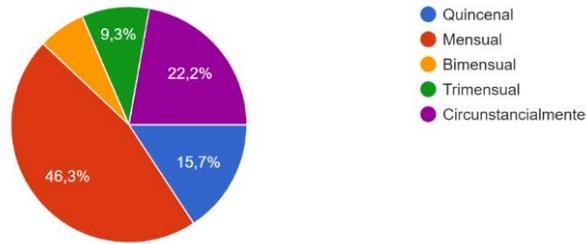
33. Durante su Residencia / Fellowship, participó activamente en Ateneos de Morbimortalidad?

135 respuestas



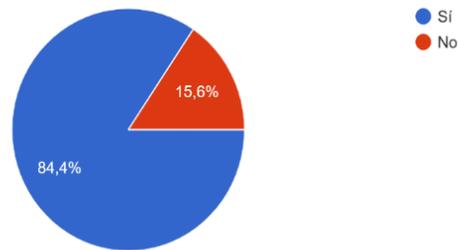
34. Si su respuesta es afirmativa, con qué frecuencia?

108 respuestas



37. Durante su Formación, participó activamente en Ateneos Interhospitalarios?

135 respuestas



Quirófano

-Controlar previamente historia clínica y estudios complementarios, disponibilidad de Terapia, Hemoterapia y Anatomía Patológica, según el caso.

-Conocer al paciente, su patología y la técnica operatoria a efectuarse.

-Colocarlo en la posición correspondiente según la intervención.

-Recibir y acompañar al paciente dentro de quirófano, efectuar su preparación y conocer la correcta intubación.

-Realizar drenajes pleurales, biopsias pleurales o de tumores parietales, traqueostomías, pleurodesis por videotoracoscopía, toracotomías y resecciones pulmonares sublobares atípicas.

-Ayudar en endoscopias, mediastinoscopias, toracoscopias y cirugías de mayor complejidad resectiva y reconstructiva.

-Participar en cursos tipo *hands on* de la Especialidad.

Segundo Año

Consultorio Externo / Guardia (actividad con tutoría ocasional)

-Atender pacientes de primera vez y ejecutar algoritmo diagnóstico.

-Interpretar los estudios imagenológicos y funcionales, y presentar el paciente a médico de planta con propuesta terapéutica.

-Realizar la evaluación preoperatoria, solicitud de insumos médicos, y gestiones administrativas para programar un paciente quirúrgico.

-Controlar íntegramente a pacientes operados e informar evolución a médico de planta.

-Programar control broncoscopio.

-Solicitar recursos e insumos médicos según intervenciones a realizar.

-Interactuar con otros Servicios en caso de derivación o seguimiento conjunto.

Sala de Internación

-Participar en el Pase de novedades junto a los médicos de planta.

-Realizar Recorrida de Sala adoptando conductas proactivas en relación con pacientes que requirieran resolución o solicitud de interconsultas. Hará Recorrida de sala los días feriados, informando novedades de cada paciente en el grupo de whats app del Servicio.

-Controlar evolución posoperatoria, proponer conductas de descomplejización y rehabilitación temprana.

-Evaluar pacientes interconsultados por otros servicios y proponer temperamento a seguir.

-Participar en ateneos multidisciplinarios, de morbilidad e interhospitalarios, asesorando y ayudando al compañero de primer año en la presentación.

-Realizar trabajos de investigación científica y exponerlos en congresos.

-Rotar optativamente en Servicios propios del Hospital, como Oncología, Neumonología, Diagnóstico por Imágenes o Radioterapia, a tiempo parcial, durante un período de 1 a 3 meses.

Quirófano

-Enseñar al residente de primer año el control de la historia clínica y la preparación del paciente.

-Mostrar en sistema las imágenes representativas de la patología a intervenir.

-Controlar el equipamiento, instrumental y materiales requeridos para la operación.

-Enseñar y ayudar al residente de primer año en la preparación del paciente.

-Controlar posicionamiento y fijación del paciente, colocación de sonda vesical, medias elásticas, cobertor térmico y placa adhesiva de electrobisturí.

-Instruir al residente de 1er año sobre los pasos técnicos de la cirugía.

-Efectuar broncoscopías, drenajes y biopsias pleurales. Toilette pleural y decorticación.

-Desempeñarse como ayudante en cirugía de mayor complejidad.

-Realizar biopsias pulmonares y resecciones sublobares atípicas por VATS y por vía convencional, disecciones en cirugía traqueal y esofágica.

-Llevar a cabo toracotomías, mediastinotomías, osteosíntesis costales, emplazar drenajes y cierre de pared.

Tercer Año

Consultorio Externo / Guardia (actividad con tutoría a demanda)

-Manejar la consulta ambulatoria y pacientes de Guardia de manera autónoma, pero informando a médico de Planta.

-Tutorizar la actividad de residentes menores en estos ámbitos.

-Plantear, en relación a pacientes complejos, alternativas diagnósticas y terapéuticas junto a médicos de Planta.

-Control de gestión de recursos e insumos médicos efectuado por residentes menores.

Sala de Internación

-Supervisar las actividades de los residentes menores en Recorrida de sala, el seguimiento de pacientes operados, reconocer complicaciones y adoptar conductas resolutivas con aval de médico de planta. Hará Recorrida de Sala los días feriados, informando novedades de cada paciente en el grupo de whats app del Servicio.

-Pautar acciones de descomplejización y movilización temprana, interactuar con paciente y familia y proponer condición de alta hospitalaria.

-Responder interconsultas y tener acciones resolutivas, previa exposición y consulta del caso a un médico de planta.

-Tomar iniciativas diagnósticas y terapéuticas en pacientes internados por Guardia, y si correspondiere intervenir de urgencia, con aval o tutoría de médico de planta, según el caso.

-Coordinar realización de ateneos multidisciplinarios y participar activamente con propuestas. Presentar ateneos bibliográficos, de morbimortalidad y Webinars.

-Realizar trabajos de investigación científica y presentarlos en congresos y publicaciones.

-Rotar optativamente en Servicios de Cirugía Torácica de un hospital del país o del exterior, durante un período no mayor a 6 meses, solventando los costos por cuenta propia, y transmitiendo luego en el Servicio la experiencia adquirida.

Quirófano

- Instruir y supervisar procedimientos de baja complejidad realizados por residentes menores.
- Actuar como cirujano en videomediastinoscopias, segmentectomías videotoracoscópicas y por vía toracotómica.
- Realizar lobectomías y vaciamiento ganglionar por vía videotoracoscópica y toracotómica, asistido por cirujano tutor, así como abordajes y disección de tumores mediastinales.
- Participar como cirujano tutorizado en resecciones traqueales, esofagectomías y resecciones oncológicas ampliadas con reconstrucción parietal.
- Intervenir en programas de entrenamiento avanzado en simuladores.

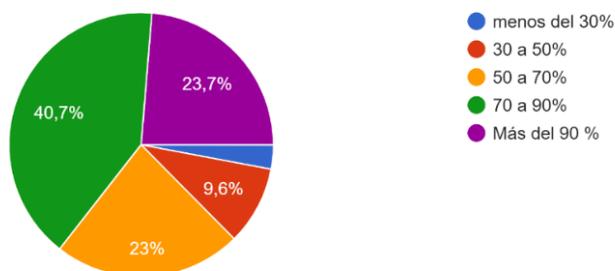
Formación teórica

Es conveniente desarrollar un programa teórico, con la finalidad de tener una base de los temas que el Especialista debe asimilar. No se trata necesariamente de que cada tema sea una clase teórica, sino de abordar la patología torácica en forma dialogada, interactiva.

La Encuesta muestra diferencias porcentuales, tanto en el cumplimiento de los objetivos teóricos (Gráfico 11), como en las evaluaciones teóricas correspondientes (Gráfico 20).

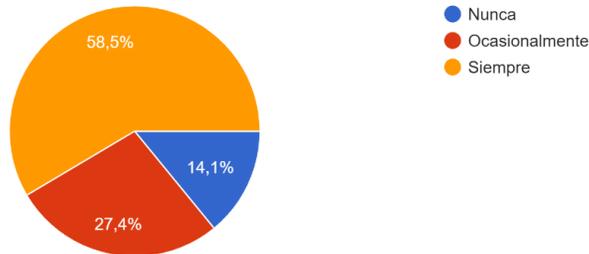
11. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, en qué porcentaje considera que se cumplieron los objetivos de Formación Teórica previstos en el Programa?

135 respuestas



20. Durante su Residencia / Fellowship en Cirugía Torácica, se realizaron evaluaciones teóricas cada año por los médicos responsables del Programa educativo?

135 respuestas

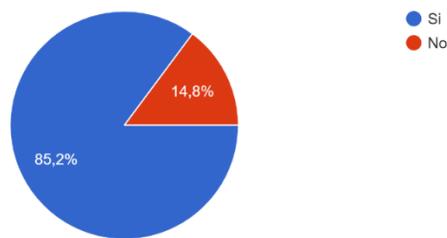


Las clases son un recurso para incorporar conocimiento, pero no el único. En este sentido, la enseñanza teórica de los residentes también se puede implementar a través de ateneos bibliográficos, confección de guías o algoritmos diagnóstico y terapéuticos para el Servicio, preparación de Webinars, o bien de artículos para publicar que impliquen la revisión de determinados temas.

La Encuesta permite inferir la relevancia dada a los ateneos bibliográficos (Gráficos 35 y 36).

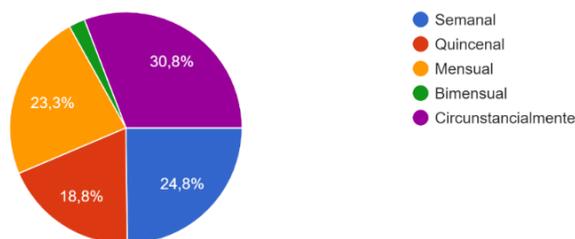
35. Durante su Residencia / Fellowship, participó activamente en Ateneos Bibliográficos?

135 respuestas



36. Si su respuesta es afirmativa, con qué frecuencia?

133 respuestas



Los contenidos teóricos se presentan a los fines prácticos agrupados en módulos, pero ello no significa que un módulo deba desarrollarse de manera completa para recién luego pasar al siguiente, ni tampoco implica que la secuencia de módulos presentada sea aquella que necesariamente deba seguirse.

El contenido de los módulos debe entenderse como una orientación de los temas a considerar en la planificación de los tres años de residencia, y que lógicamente se puede y debe adaptar a la organización y características de cada Servicio.

Módulo I

- Incumbencias de la Especialidad
- Nociones históricas de la Cirugía Torácica
- Embriología de los órganos torácicos
- Anatomía quirúrgica del tórax
- Fisiopatología torácica
- Estudio de la función pulmonar
- Estudios por imágenes del tórax
- Broncoscopía y esofagoscopia
- Biopsia líquida. Estudios moleculares

Módulo II

- Evaluación preoperatoria
- Particularidades de la Anestesia en Cirugía Torácica
- Intubación traqueal y tipos de ventilación asistida

- Circulación extracorpórea en Cirugía Torácica
- Paro cardiorrespiratorio y resucitación cardiopulmonar
- Cuidados postoperatorios
- Manejo de las complicaciones

Módulo III

- Manejo del espacio pleural
- Neumotórax
- Hemotórax
- Quilotórax
- Derrames pleurales
- Empiema
- Tumores de pleura

Módulo IV

- Toracotomías. Videotoracoscopia. Cirugía robótica
- Obstrucción de la vía aérea
- Traqueostomía, indicaciones, cuidados y complicaciones
- Lesiones congénitas, neoplasias e injurias de la tráquea
- Tratamiento endoscópico. Láser y crioterapia. Prótesis endobronquiales
- Cirugía de tráquea

-Fístulas traqueoesofágicas

Módulo V

-Mediastinitis

-Quistes y tumores del mediastino

-Mediastinotomía. Mediastinoscopía

-Cirugía del timo. Indicaciones quirúrgicas de la Miastenia gravis

-Cáncer de pulmón. Tratamiento quirúrgico y polimodal

Módulo VI

-Traumatismos torácicos y tórax inestable

-Patología del esternón y pared torácica: malformaciones, infecciones y tumores

-Síndrome del opérculo torácico

Módulo VII

-Nódulo pulmonar solitario

-Tumores benignos de pulmón y bronquios

-Cáncer de pulmón

-Cirugía en las metástasis pulmonares

-Carcinoma de sulcus superior

Módulo VIII

-Intersticiopatías. Biopsias pulmonares

- Supuraciones pulmonares. Absceso pulmonar.
- Bronquiectasias
- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar
- Hidatidosis torácica
- Embolismo pulmonar
- Afecciones congénitas broncopulmonares
- Indicaciones quirúrgicas en las hemoptisis
- Cirugía del enfisema bulloso
- Cirugía de la hiperhidrosis

Módulo IX

- Patología benigna del esófago. Alteraciones motoras
- Perforación esofágica
- Tumores malignos del esófago. Esofagectomías
- Tratamientos endoscópicos paliativos
- Hernias esofágicas
- Patología quirúrgica del diafragma. Hernias diafragmáticas

Módulo X

- Trasplante pulmonar. Indicaciones y contraindicaciones
- Evaluación pretrasplante

-Procuración de órganos. Criterios de selección

-Explante. Conservación del órgano. Implante

-Cuidados posoperatorios. Complicaciones.

-Inmunosupresión. Profilaxis antibiótica

-Rehabilitación. Seguimiento

Módulo XI

-Metodología de la investigación científica. Bioestadística

-Bioética

-Gestión y administración de recursos sanitarios

-Aspectos médico legales de la Especialidad

Formación Práctica

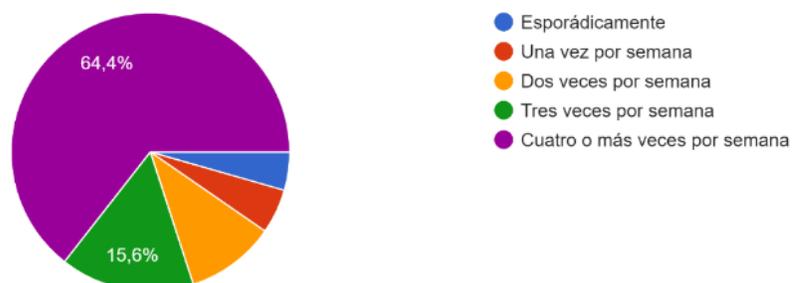
Pase de novedades y Recorrida de Sala

Constituyen el ámbito por excelencia para el aprendizaje de la clínica - quirúrgica en Servicio.

Para un amplio porcentaje de encuestados, la Recorrida de Sala es una actividad asistencial habitual y valorizada (Gráfico 19).

19. En el transcurso de su Residencia / Fellowship en Cirugía Torácica, con qué frecuencia realizó/realiza Pase de novedades y Revista de Sala con los Staff del Servicio?

135 respuestas



La presentación ordenada y completa de un paciente, el intercambio de diferentes enfoques diagnósticos y terapéuticos en conjunto con médicos de planta, el relato o video de la cirugía efectuada y la discusión de imágenes o estudios complementarios son pilares del quehacer cotidiano y oportunidades valiosas para la docencia.

La relación con los pacientes y su entorno familiar durante la Recorrida permite el ejercicio de las habilidades comunicacionales con una visión humanista y ética. El control y seguimiento de los pacientes operados, la curación de heridas y semiología del drenaje, la observación diaria de imágenes, así como el discernimiento de la evolución posoperatoria, la confección de los informes correspondientes, la interacción disciplinaria y el trabajo en equipo, son pilares fundamentales de la Formación.

Consultorio

Es un ambiente propicio para que se despliegue de manera estrecha la relación médico - paciente - familia y el ejercicio individual de la evaluación pre y posoperatoria, el manejo comunicacional de información sensible y la contención adecuada.

Quirófano

Ámbito por antonomasia del cirujano, donde tiene lugar la relación maestro - aprendiz como en ningún otro.

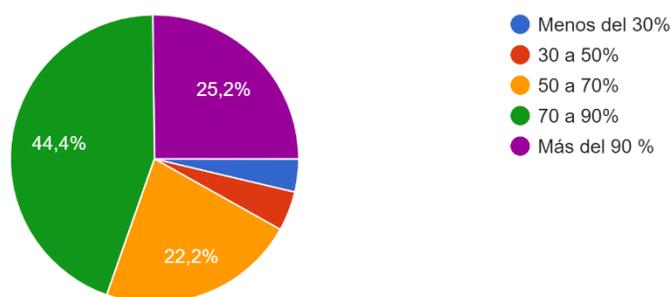
Si en la sala de internación o consultorio el Residente demuestra su trato cordial y respetuoso con los pacientes, de igual modo en el quirófano debe tratar a los tejidos en el curso de la intervención, desde la incisión hasta el cierre de la piel.

Ningún gesto debiera quedar librado a la suerte, toda maniobra crítica llevada a cabo por el Residente tiene que ser supervisada por el médico de Planta. La meticulosa disección del hilio o del mediastino, identificando cada estructura vascular o bronquial, el control efectivo y verificado de un vaso sangrante, más allá de su calibre, la presión delicada de cada estructura para no afectar su trofismo o vascularización, la resección oncológica con margen suficiente o la convicción de seguridad luego de haber dado todos los puntos al terminar una anastomosis, y si así no fuere, la revisión y corrección, ya que esos minutos que el cirujano dedique a controlar lo realizado, pueden significar para el paciente el curso de su evolución y pronóstico.

El logro de las competencias técnicas evidencia disparidad entre los encuestados (Gráfico 12), un aspecto a tener en cuenta al momento de delinear un futuro programa educativo.

12. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, qué porcentaje considera que alcanzó en las diferentes competencias de Técnicas Quirúrgicas?

135 respuestas



El éxito de la cirugía claramente reside en el cuidado de cada detalle, pero también en que la misma sea realizada por un equipo armonizado. Esto último es difícil ponderarlo empíricamente, pero cada uno sabe la importancia que tiene la coordinación y entendimiento entre cirujano, ayudantes, instrumentadora y anesthesiólogo.

La enseñanza de la Cirugía Torácica, como otras especialidades quirúrgicas, se ha ido transformando desde el punto de vista técnico. El acto quirúrgico, que significaba una profunda comunión, en la cual el cirujano se adentraba en el paciente teniendo los órganos en sus propias manos, llevó a cierto distanciamiento con el advenimiento de la videotoracoscopia, cuya manipulación era eminentemente instrumental; y en la hora actual, el empleo de la robótica nos proyecta aún más lejos del paciente, sentados en una consola. Cabría reflexionar si este cambio de rol, en el cual la habilidad del cirujano se focaliza en el manejo de un joystick y los ayudantes son reemplazados por brazos mecánicos, nos conduce también a una nueva concepción como cirujanos.

Cirugía experimental

Es la disciplina que emplea animales de experimentación para desarrollar investigaciones científicas, o bien intervenciones quirúrgicas con finalidad docente⁴⁷. Los animales de experimentación más comunes son ratón, rata, hámster, conejo, perro, cerdo y mono, siendo utilizado en nuestra Especialidad predominantemente el cerdo. Cabe aclarar que, en nuestro país, los animales de compañía (gatos y perros) no son utilizados como animales de experimentación en la actualidad, por falta de bioterios apropiados y por el rechazo de múltiples sectores de la sociedad. No obstante, se pueden observar trabajos extranjeros en estas especies.

Para llevar a cabo cirugía experimental se requiere de una metódica planificación en las etapas que comprende: definir el tema, plantear objetivos, formular las hipótesis, justificación del tema, diseño experimental propiamente dicho y solicitar la aprobación del Comité Institucional de Usos y Cuidados de Animales de Laboratorio (CICUAL), que evalúa y supervisa el manejo institucional de animales utilizados en experimentación, debiéndose

respetar los principios bioéticos que implica trabajar con seres vivos, según la legislación vigente⁵⁰.

La obtención de recursos y financiamiento por instituciones oficiales y privadas es un proceso complejo para un equipo netamente quirúrgico, y más aún en nuestra Especialidad. Ellos pueden provenir de fondos nacionales (CONICET), provinciales, universitarios o circunstancialmente del Ministerio de Salud de la Nación, Sociedades Científicas y de Fundaciones como Alberto Roemmers y Florencio Fiorini.

En la Argentina, pocos son los centros que desarrollan cirugía experimental con líneas de investigación básica en cirugía, e históricamente, de manera excepcional en cirugía torácica. En la actualidad desarrollan esta actividad el Hospital Italiano de Buenos Aires, a través del Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental, el Hospital Universitario Fundación Favaloro, mediante el Instituto de Trasplante Multiorgánico y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, por medio del Laboratorio de Trasplante de Órganos.

Cabe señalar el rol que pudiera tener la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en incentivar la investigación a través de becas o cursos de metodología en investigación científica, y que los mismos sean incluidos en los programas de Formación de los futuros cirujanos torácicos.

Entrenamiento en simuladores

Los programas de la Especialidad tradicionalmente disponen del quirófano como campo de enseñanza práctica, para que los Residentes vayan adquiriendo una responsabilidad progresiva, tutorizada y supervisada en forma constante⁴⁰, que permita actuar sin perjudicar al paciente.

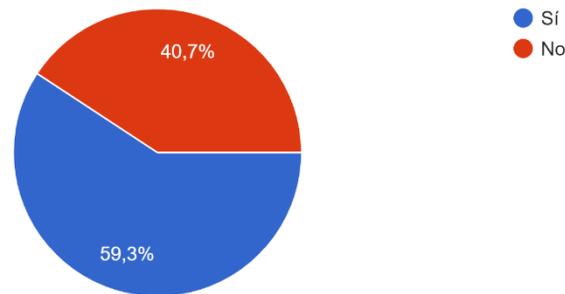
El avance tecnológico permite desde hace años, a través de dispositivos de simulación, la adquisición de destreza en maniobras básicas y complejas durante el proceso formativo, consolidando aún más el aprendizaje sin comprometer las normas éticas ni la seguridad del enfermo.

Este modelo moderno incorpora entonces a la simulación como una herramienta más, previa a la realización de procedimientos quirúrgicos en pacientes humanos. El objetivo de implementar un entrenamiento quirúrgico basado en simuladores es el de proporcionar una experiencia complementaria para acelerar la curva de aprendizaje⁴¹.

Los resultados de la Encuesta (Gráfico 29) establecen una demanda que debiera ser atendida por las instituciones formativas. La SACT podría conformar un Comité propio de Simulación quirúrgica, promoviendo esta actividad de formación.

29. Ha realizado algún curso o pasantía dirigido a la adquisición de habilidades técnicas o destrezas manuales?

135 respuestas



El entrenamiento en simuladores tiene una serie de ventajas que motivan su aceptación, habiéndose demostrado, a través de varios estudios, que las habilidades adquiridas son transferibles a la realidad. Así, se pueden describir:

- Aceleración de la curva inicial de aprendizaje en una técnica quirúrgica dada
- La simulación ofrece un ambiente seguro para la práctica de esa técnica, quitándole trascendencia al error médico
- Permite la evaluación y una devolución inmediata sobre el aprendizaje
- Estandariza la experiencia similar para todos los Cursantes que participan en un programa de estas características

-Evita la presión económica sobre los profesionales e instituciones con relación al valor de la hora cama, hora quirófano y tiempo anestésico.

Optimiza los tiempos y favorece la organización de los cirujanos afectados a la docencia

-Mejora la logística educativa del instructor

-Sirve al Residente para un aprendizaje secuencial, con diferentes grados de dificultad, antes de enfrentarse con una situación quirúrgica real

El entrenamiento en simuladores es una actividad que debiera estar incluida en el programa de formación y tener una planificación que permita la adquisición de destrezas en base a pautas preestablecidas, como las siguientes⁴².

- 1) Definir la destreza que se quiere enseñar
- 2) Estandarizar un sistema de medidas para valorar la adquisición de esa destreza
- 3) Definir los niveles pretendidos para la adquisición de esa destreza
- 4) Determinar la validación del simulador con relación a una situación real
- 5) Integrar esta actividad dentro de un curriculum

Modelos de simulación

Modelos sintéticos (cirugía de banco y video - box trainer)

Están dirigidos al aprendizaje de procedimientos de cirugía abierta (cirugía de banco) o mínimamente invasiva (video - box trainer). Estos últimos están cerrados en su superficie para permitir la introducción de trocares, cámara e instrumental, y así semejar un tórax. Son ideales para la adquisición de las habilidades básicas (nudos intra y extracorpóreos, movilización, suturas y colocación de clips y ejercicios de coordinación motora). Una limitación evidente es que sólo permite desarrollar gestos o técnicas más que toda una operación. Requiere la presencia de un entrenador que vaya haciendo la devolución. Por practicidad y costos, son los preferidos para la enseñanza inicial.

Modelos animales o de cadáveres humanos

Son de utilización infrecuente debido a su alto costo de mantenimiento y a su limitada disponibilidad. Los órganos porcinos o bovinos ex - vivo se utilizan para nudos, suturas y anastomosis.

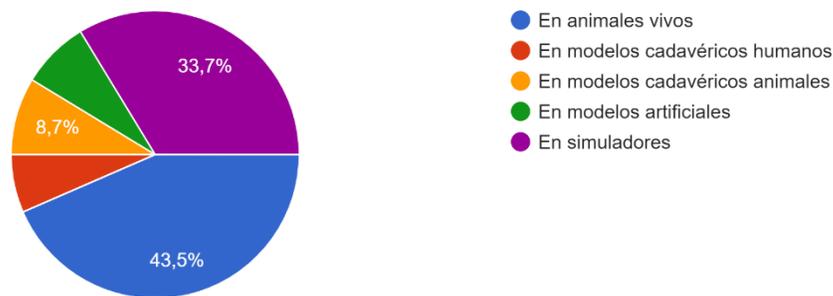
Los modelos animales vivos tienen la ventaja del realismo, pero son costosos y están cuestionados por las sociedades de protección animal. Dos grupos pioneros en la Argentina que han desarrollado cursos de entrenamiento en animales vivos han sido el Centro de Entrenamiento en Cirugía Laparoscópica de Corrientes (CENCIL) y la Unidad de Medicina Experimental del Hospital Italiano de Buenos Aires. Son Cursos dirigidos a cirujanos que pretenden mejorar su rendimiento quirúrgico.

-Modelo de simuladores de realidad virtual

Son sistemas con diferentes niveles de fidelidad y complejidad que permiten replicar una operación en su totalidad, simulan eventos intraoperatorios y realizan finalmente una evaluación objetiva automática del operador. Son de costo muy elevado y carecen del realismo propio de trabajar con tejidos reales. No obstante, los modelos de última generación presentan la resistencia habitual que ofrece un tejido real, es decir, la resistencia que se siente al trabajar sobre un tejido ha sido ya trasladada a los sistemas virtuales para otorgar mayor realismo.

Un 68 % de los encuestados (92/135), tuvo oportunidad de efectuar prácticas para optimizar habilidades técnicas (Gráfico 30).

30. Si la respuesta anterior es si, de qué tipo?
92 respuestas



Los modelos de realidad virtual han demostrado ser efectivos en la transferencia de habilidades técnicas a la sala de operaciones.

-Quirófano virtual

Permite el entrenamiento y la evaluación de aspectos técnicos y no técnicos del rendimiento de un cirujano frente a una situación determinada

Estas salas de cirugía tienen camilla quirúrgica. Luces con sialítica, equipos de aspiración central y una torre de anestesia. Presentan un simulador de realidad virtual y una sala de observación con una ventana símil cámara Gesell para la observación unidireccional. El quirófano virtual está diseñado para evaluar la destreza quirúrgica necesaria para realizar un procedimiento en un contexto de realidad determinado.

Para la simulación en cirugía, existe una gama que abarca desde equipos tipo caja transparente (pelvi trainer), que permiten aprender la manipulación básica, hasta equipos de realidad virtual con gran hapticidad para entrenar procedimientos quirúrgicos reglados.

El gran empuje en la simulación quirúrgica viene dado por la reproducción completa de un quirófano, en el que utilizándose modelos anatómicos humanos o bien animales de experimentación, se entrenan procedimientos completos o situaciones quirúrgicas no previstas, y también los nuevos roles de modalidades quirúrgicas como la cirugía robótica⁴³.

El entrenamiento basado en la simulación requiere tiempo para prepararla y ejecutarla, el rol del profesor se sustituye por el de tutor.

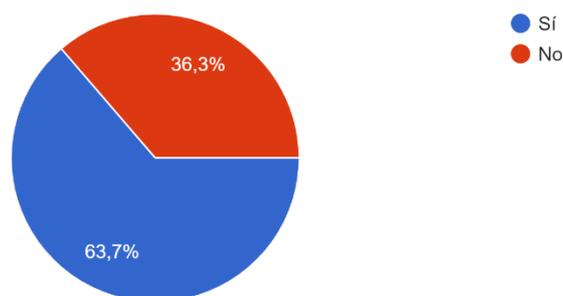
La tecnología electrónica permite simular muchas actividades humanas, y la cirugía no queda al margen, siendo su entrenamiento práctico una virtualidad cada vez más real y accesible.

Rotaciones

La Rotación permite conocer un ámbito asistencial y profesional diferente, y es un recurso de gran utilidad para adquirir conocimientos o destrezas sobre patologías o procedimientos que no se tratan en el propio Servicio.

22. Durante su Residencia / Fellowship, tuvo capacitación en Endoscopia respiratoria ?

135 respuestas

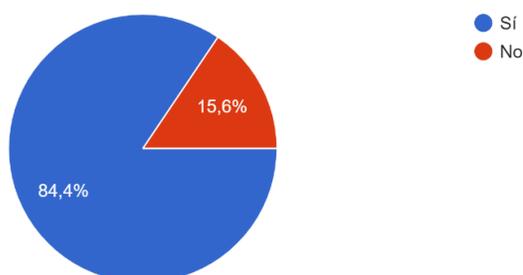


En nuestro medio la Rotación por otros hospitales como herramienta para complementar el aprendizaje no está lo suficientemente explotada.

La Encuesta evidencia la necesidad de formación en endoscopia respiratoria⁶¹ (Gráfico 22) lo cual pondera la Rotación, intra o extrahospitalaria, como recurso de enseñanza. Situación similar, aunque en menor proporción, acontece con la mediastinoscopia (Gráfico 23).

23. Durante su Residencia / Fellowship, tuvo entrenamiento en Mediastinoscopia?

135 respuestas



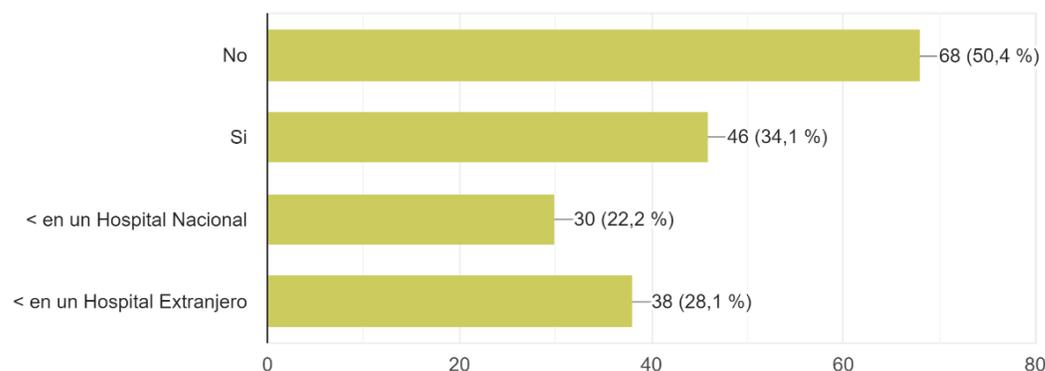
Así, con frecuencia, el Cursante termina su formación sin haber obtenido la experiencia práctica en ciertos contenidos del programa, como por ejemplo en trasplante, cirugía esofágica o de malformaciones congénitas de la pared torácica, por citar sólo algunos.

Si bien se requiere establecer convenios marco entre hospitales para llevar esto a la práctica, quizás la razón de que las Rotaciones no estén ampliamente difundidas radique en la falta de voluntad de los propios Jefes de Servicio para impulsarlas, sea por desconocimiento, desinterés, soberbia profesional o necesidad puramente asistencial del Servicio, reteniendo al Cursante en el mismo, lo cual va en desmedro del proceso formativo.

Al respecto, más del 50 % de los encuestados no tuvo oportunidad de realizar una Rotación (Gráfico 18).

18. Durante su Residencia / Fellowship en Cirugía Torácica, realizó alguna Rotación extra hospitalaria para complementar su Formación? Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique.

135 respuestas



Toda Rotación, sea interna, en un Servicio de otra Especialidad del propio hospital, o externa, en un Servicio de Cirugía Torácica del país o del extranjero, conlleva un cúmulo de experiencias profesionales, personales y socioculturales que enriquecen al educando. Las mismas deberían estar contempladas en el Programa de Formación, con una duración definida, financiamiento (con seguridad, casi exclusivamente personal) y responder a

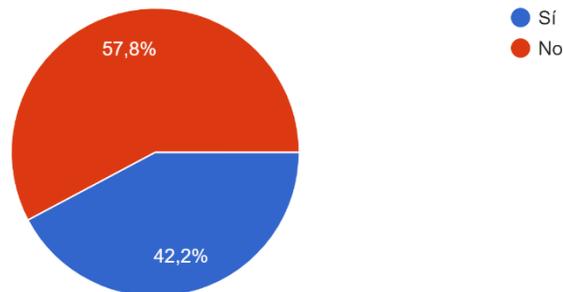
objetivos claros. Finalizada la misma, el Residente que haya rotado transmitirá lo aprendido en el Servicio.

Formación Docente y Académica

El proceso educativo incluye al docente, al alumno y un ámbito de desarrollo. Si en el Servicio el Jefe y los médicos de Planta están abocados a la docencia y al programa de enseñanza, los Residentes perciben y asimilan estos ejemplos y en su futura actividad como Especialistas serán también docentes comprometidos.

El escenario educativo actual nos muestra, desafortunadamente, que la mayoría de los cirujanos torácicos (57,8 %) no ejercen cotidianamente la docencia (Gráfico 48). Esta es una oportunidad de aprendizaje que pierden aquellos cirujanos no docentes, ya que la mejor forma de afianzar un conocimiento es cuando se lo enseña.

48. Ejerce usted cotidianamente la Docencia de la Cirugía Torácica en la Carrera de la Especialidad?
135 respuestas



La Formación académica puede desarrollarse mediante:

-Dictado de clases

-Ateneos multidisciplinarios

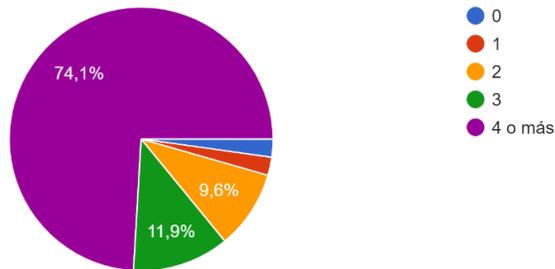
-Ateneos de morbimortalidad

- Ateneos bibliográficos
- Cursos
- Participación en sociedades científicas
- Concurrencia y participación en Jornadas y Congresos
- Confección de trabajos y monografías
- Webinars
- Teleconferencias

Estas actividades tienen un claro interés durante el período formativo (Gráficos 15 y 16).

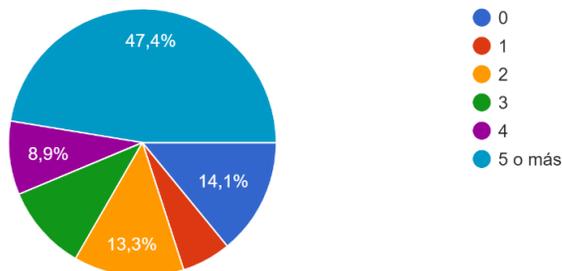
15. A cuántos Congresos o Jornadas asistió durante su Residencia / Fellowship en Cirugía Torácica?

135 respuestas



16. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, cuántas Presentaciones realizó (Posters / Videos / Temas Libres) en Congresos o Jornadas?

135 respuestas



Los beneficios de las actividades académicas son, entre otras:

- Afianzar o actualizar conocimientos teóricos
- Adquirir experiencia en presentar o exponer casos clínicos
- Aprender el carácter interdisciplinario de la Especialidad, observando el análisis de un caso desde diferentes puntos de vista y ejercitarse en alcanzar conductas consensuadas que permitan ofrecer lo mejor al paciente, estando respaldado por las conclusiones de un conjunto de colegas, y no cargar sólo con la responsabilidad de decidir e indicar un tratamiento dado.

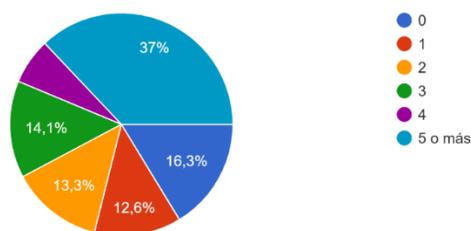
Los ateneos, cualquiera fuere el tipo, son ámbitos valiosos para el ejercicio de la discusión científica, y tienen que desarrollarse en un clima no hostil, con honestidad en la presentación, y una actitud abierta para aceptar errores cuando los hubiera y pensar la forma de no repetirlos en el futuro.

Formación científica e investigación

La formación integral del cirujano torácico implica también que desarrolle un espíritu crítico con respecto a nuevos procedimientos, literatura científica y metodología estadística, tenga formación en investigación, y la oportunidad de presentar su producción científica en congresos, sociedades afines y publicaciones⁶⁰.

En la población encuestada, la actuación en trabajos de investigación es disímil (Gráfico 14).

14. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, en cuántos trabajos de Investigación Científica participó?
135 respuestas

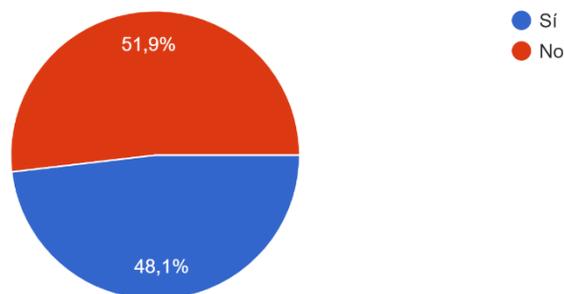


Alejandro Posadas, considerado el padre de la cirugía torácica en la Argentina, ha sido también, no obstante, su breve existencia física, un prolífico investigador científico. Desafortunadamente, a lo largo del tiempo, su legado ejemplar no se ha replicado con intensidad en la práctica diaria, y en el presente, la educación en Cirugía Torácica en la mayoría de los hospitales formadores adolece de formación en investigación científica.

Las cifras aportadas por la Encuesta reflejan la persistencia de este déficit en la Especialidad (Gráficos 43 y 44).

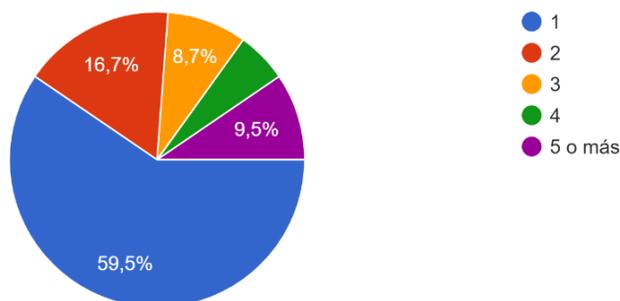
43. Si usted es Especialista, ha participado en proyectos de investigación básica o aplicada específicos de Cirugía Torácica?

135 respuestas



44. Si su respuesta es afirmativa, en cuántos?

126 respuestas



Esta situación, en la cual la Especialidad tiene índices muy bajos de productividad científica y publicaciones indexadas (Tablas 219, 238, 260 y 261), según registros de la CONEAU¹⁷, lleva a preguntarnos cuál es el lugar de la investigación en la formación del cirujano torácico.

**Tabla N° 219. Especialidades no contempladas en la clasificación de la CONEAU
financiamiento de los proyectos de investigación.**

Especialidad	API	OE	OI	Un	Fun	IF	FP	Total
Cirugía Torácica	-	-	-	-	2	-	-	2
Endocrinología Ginecológica	3	-	1	1	-	-	-	5
Farmacología	4	1	-	1	2	-	-	8
Flebología y Linfología	-	-	-	2	2	-	-	4
Hepatología Pediátrica	-	-	-	1	-	-	-	1
Total	7	1	1	5	6	-	-	20

**Tabla N° 238. Especialidades no contempladas en la clasificación de la CONEAU.
Distribución de investigadores por carreras**

Especialidad	N° de Carreras	N° de Investigadores	Media de Investigadores	Desviación estándar	N° Máx. de Investig.	N° Mínimo de Investig.
Cirugía Torácica	1	4	-	-	-	-
Endocrinología Ginecológica	1	31	-	-	-	-
Farmacología	2	18	9	3	11	7
Flebología y Linfología	1	7	-	-	-	-

**Tabla N° 260. Especialidades no contempladas en la clasificación de la CONEAU.
Publicaciones derivadas de los proyectos de investigación, distribuidas por modalidad**

Especialidades	Publicaciones con Referato	Otras publicaciones	Comunicaciones a Congresos	Total
Cirugía Torácica	-	-	-	-
Endocrinología Ginecológica	64	-	-	64
Farmacología	8	5	3	16
Flebología y Linfología	-	-	-	-
Hepatología Pediátrica	-	-	1	1
Total	72	5	4	81

Tabla N° 261. Especialidades no contempladas en la clasificación de la CONEAU. Publicaciones derivadas de los proyectos de investigación distribuidas por modalidad. Porcentajes

Especialidades	Publicaciones con Referato	Otras publicaciones	Comunicaciones a Congresos	Total
Cirugía Torácica	-	-	-	-
Endocrinología Ginecológica	100%	-	-	100%
Farmacología	50%	31%	19%	100%
Flebología y Linfología	-	-	-	-
Hepatología Pediátrica	-	-	100%	100%
Total	89%	6%	5%	100%

En general, los programas de formación no contemplan la preparación para desarrollar el método científico y para desarrollar un proyecto de investigación. Esto se demuestra por el tipo de publicaciones, ya que en la mayoría de ellas predominan la divulgación de casos clínicos y las revisiones bibliográficas.⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾

La finalidad de un programa educativo no sería, lógicamente, pretender que un cirujano torácico egrese como un investigador consumado, sino que sepa cómo aplicar el método científico en la preparación de trabajos, que sepa interpretar ensayos clínicos y tenga conocimientos elementales pero suficientes de estadística, y que reconociendo sus límites sepa acudir a quien corresponda cuando un trabajo de investigación implique una rigurosidad más compleja.

Observarán ustedes durante los congresos, que las ponencias de cirujanos norteamericanos o europeos, y muy pocos argentinos, tienen la “cultura de lo científico”, por llamarlo de alguna manera, es decir, presentación de trabajos con un número de casos significativo y un análisis de datos aplicando métodos estadísticos. Esto tiene dos vertientes necesarias: hospital con alto volumen de cirugías y residencia desarrollada en un Servicio con tradición de investigación.

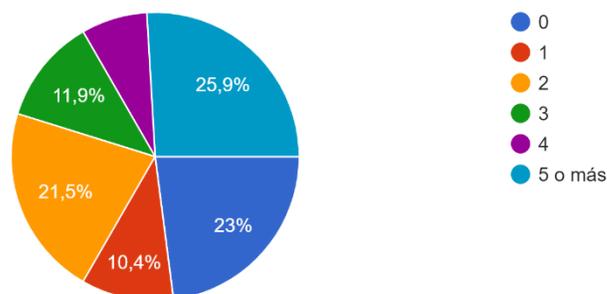
Para promover entonces esa “cultura de lo científico” lo importante es el ambiente. Una residencia en la cual se incentive la investigación, donde se lleven a cabo ateneos bibliográficos de buen nivel, permitirá a los Residentes adquirir al menos la capacidad de interpretar trabajos de investigación y elaborar juicios críticos sobre los mismos. Si el Residente se siente atraído por la actividad investigativa y se adscribe a algún grupo que la realice, mejor aún; pero si no lo hace, de todas formas, habrá incorporado una forma de pensamiento que le servirá para un ejercicio más pleno de su labor profesional¹⁷. La actividad científica comprende la preparación de publicaciones escritas, comunicaciones orales y ponencias en Sociedades Científicas, Congresos, Jornadas y Cursos.

El Programa debe contemplar la realización de cursos sobre metodología de la investigación, así como también el número de trabajos y publicaciones a realizar durante la Residencia²³.

Durante el período de formación, la participación en publicaciones es variable (Gráfico 17).

17. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, en qué cantidad de Publicaciones participó?

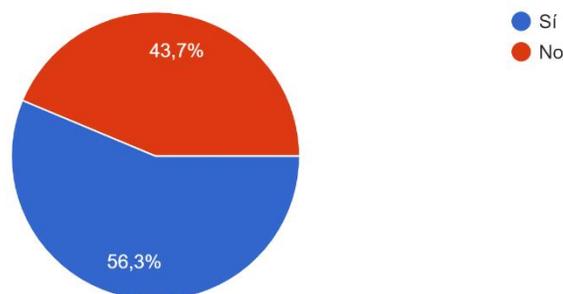
135 respuestas



Un significativo porcentaje de encuestados no publicó en revistas indexadas (Gráfico 45).

45. Ha realizado publicaciones de Cirugía Torácica en revistas indexadas?

135 respuestas



Aplicar los principios del método científico en la práctica de la cirugía (Observación, Inducción, Hipótesis, Verificación, Demostración y Conclusiones)¹⁸ permitirá al Cursante adquirir una actitud científica, que significa la búsqueda de fundamentos racionales y concretos para la toma de decisiones¹⁹.

investigación. Consiste en localizar las mejores evidencias y pruebas para responder a nuestras preguntas clínicas. La información obtenida debe tener la mayor credibilidad y veracidad posible²⁰.

Suele ocurrir que en los Servicios hay ciertos procederes que se transmiten de cirujano a cirujano sin un cuestionamiento científico. Los residentes a través de la MBE pueden adquirir el hábito de aplicar una metodología con criterio, vinculada al pensamiento científico, y no repetir como autómatas o asimilar conductas porque me lo dijo tal; se debe proceder de una determinada forma porque hay evidencia al respecto. Este método es un aporte fundamental para la enseñanza y práctica médica y es recomendable su incorporación en los programas de formación¹⁹.

Toda investigación debe hacerse con absoluta honestidad, originalidad y principios éticos⁽²¹⁻²²⁾, siendo el principal maestro la conducta ética del Servicio y sus integrantes¹².

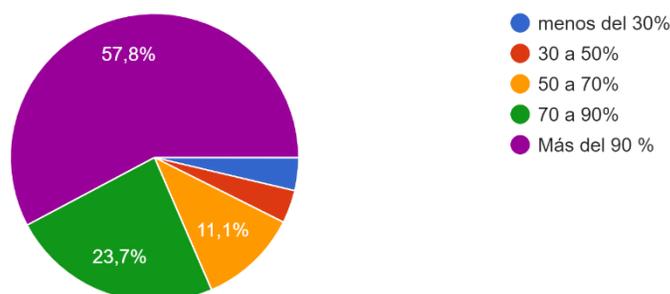
Formación Ética

El conocimiento y práctica de los principios éticos no es innato, requiere aprendizaje y perfeccionamiento. Su adquisición constituye un principio fundamental de la práctica médica²⁴.

Los educandos de la Especialidad mayoritariamente han recibido instrucción ética (Gráfico 13).

13. En su Residencia / Fellowship de Cirugía Torácica, en qué porcentaje considera que se inculcaron principios éticos y Formación moral para el ejercicio de la Especialidad?

135 respuestas



La ética debe estar encuadrada dentro de los principios que establece la Bioética, definiéndose a la misma como “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de

las ciencias de la vida y de la atención de la salud, a la luz de los principios y valores normales”²⁵.

Esta ciencia tiene como pilares fundamentales los siguientes principios básicos expuestos en 1983 por Beauchamp y Childress.^(26,28)

- A) Beneficencia: implica la obligación de buscar para el paciente lo que es bueno y prevenir lo malo.
- B) No Maleficencia: no infligir daño intencional al paciente
- C) Autonomía: derecho que el paciente tiene para aceptar o rechazar las indicaciones médicas.
- D) Equidad y Justicia: asegurar para todos los miembros de la comunidad las mismas oportunidades para el acceso a la atención médica de similar calidad a través de la distribución equitativa y justa de los recursos.

En el proceder ético debemos incluir el consentimiento informado. El mismo es necesario para estrechar y fortalecer la relación médico - paciente. Es la manifestación del reconocimiento al respeto por la autonomía del paciente. Es un documento escrito que manifiesta los derechos y obligaciones tanto del cirujano como del paciente²⁹.

Actualmente la Bioética³⁰ es materia curricular en las facultades de medicina, no obstante, lo más importante es que la Bioética se debe enseñar con el ejemplo de los cirujanos docentes y del Jefe de Servicio en la labor cotidiana.

Cabría preguntar por qué estamos considerando este aspecto, que debería haberse desarrollado en profundidad con antelación, tanto en el pregrado como durante la Residencia de Cirugía General. Y es precisamente por eso que, si planteamos la Formación en Bioética en esta instancia posbásica, es porque requiere ser afianzada y ejercida. No puede esperarse una conducta ética en la práctica profesional cuando ella no es respetada en la vida diaria. La ética debe trascender la esfera médica, el cirujano debe ser antes que médico con conceptos éticos, una persona con irrenunciables principios morales²⁴.

Formación en Gestión

Las acciones asistenciales médicas están influenciadas por el factor costo-beneficio³¹, pero el Residente no tiene que realizar una maestría en gerenciamiento en salud, sino recibir la información para conocer y aprender que todo acto médico o función médica requiere de una planificación, organización y control de los recursos, para beneficio del paciente, la institución y el sistema de salud.

Un factor importante a inculcar es que el Residente establezca un orden de prioridades, por ejemplo, a través de algoritmos de estudio y selección del tratamiento, optimizando así la relación costo - beneficio. El diagnóstico por imágenes, los medicamentos, prótesis, suturas mecánicas, análisis de laboratorios, etc., mal o innecesariamente utilizados acrecientan la crisis presupuestaria del sector, limitando los recursos disponibles para el funcionamiento del servicio y la consiguiente repercusión en la atención de los pacientes. La mayoría de los programas no incluye formación en estos aspectos.

Responsabilidad médico legal

La educación sobre la responsabilidad legal en el ejercicio de la Especialidad debería ser incluido en los programas de formación, atendiendo el incremento de demandas por presunta mala praxis³². Esta actividad teórica del programa podría desarrollarse como un módulo o en talleres con ejemplos prácticos³³.

Como lo establece el Código Civil, Art. 902, será juzgado con mayor severidad un especialista que un recién recibido u otro que actúe en un medio sin la totalidad de los elementos adecuados³⁴.

Debe recalcar la importancia de las siguientes consideraciones¹²:

- Importancia de registrar en la historia clínica todo acto médico. Es la principal defensa del médico en un conflicto legal.
- Relación correcta médico - paciente - familia, evitando la soberbia.

- Informar los riesgos de una intervención, y nunca minimizarlos.
- No omitir firmar el consentimiento informado.
- Preparación y ejecución minuciosa del acto quirúrgico.
- Tener el equipamiento tecnológico adecuado.
- Confección clara y detallada del protocolo operatorio.
- Importancia del seguimiento, y asumir la responsabilidad cuando el paciente no evolucione favorablemente.
- No dar informes que no estén confirmados.

Es necesario tener en cuenta que la Ley 22.127, Art. 16, establece que la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al Residente en cumplimiento de los programas de residencias, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional sin perjuicio de la que eventualmente pueda recaer sobre el Instructor que hubiera dispuesto su realización.

Es decir, se diferencia claramente el acto del médico Residente, causante directo del daño, del acto del instructor, al que se le imputa un defecto de instrucción. Es una responsabilidad del Instructor por un hecho propio y no ajeno.^(33,35,36)

Con relación a la Ley 17.132 y modificatorias, es necesario resaltar el Art. 18, inciso b, que dice que todo hecho en el que intervenga el residente que adquiriera o pueda adquirir características médico - legales, deberá en forma inmediata ser comunicado al superior correspondiente³⁶.

Asimismo, las instituciones deben dar cobertura legal a los Residentes en forma amplia ante imputaciones o demandas por los actos médicos efectuados dentro de las normas del proceso de aprendizaje.

La mayoría de los educandos en Cirugía Torácica no reciben información ni asesoramiento legal durante su ciclo formativo¹².

Maltrato durante el período de Formación

Es aquel comportamiento que hace sentir a otra persona herida, ofendida, desvalorizada o incompetente, teniendo impacto en su esfera psicológica; o bien de índole física, a través de golpes o trato violento.

Afecta el proceso de aprendizaje y la capacidad de trabajo de quien lo padece, y la mayoría de los educandos en algún momento de su Formación recibió maltrato.⁽³⁷⁻³⁸⁾

Las formas de maltrato son tan diversas como numerosas, pudiendo citarse³⁷:

- Críticas por no realizar tareas administrativas
- Haber recibido gritos
- Haber sido humillado en público por sus errores
- Falta de respeto al trabajo realizado
- Haber comprobado que su trabajo fue utilizado en beneficio de otro
- Amenazas de perjuicios físicos
- Comentarios no deseados de índole sexual
- Haber recibido comentarios desagradables referidos a su nacionalidad, raza o religión
- Haber recibido golpes o empujones

Los perpetradores del maltrato pueden ser Residentes superiores, Jefe o Instructor de Residentes, médico de Planta, Jefe de Servicio, Enfermero, Administrativo, otro Especialista, Técnico de exámenes complementarios o Residente del mismo año³⁷.

El maltrato como herramienta de enseñanza debe ser erradicado. En muchas circunstancias se observa como el Residente de primer año que padeció maltrato, al pasar al año siguiente maltrata al Residente que ingresó.

El Jefe de Residentes, e incluso el Jefe de Servicio en última instancia, tienen responsabilidad en lo que compete al personal que conducen. Las situaciones de maltrato en gran medida están en relación con el clima que se permite en un Servicio dado.

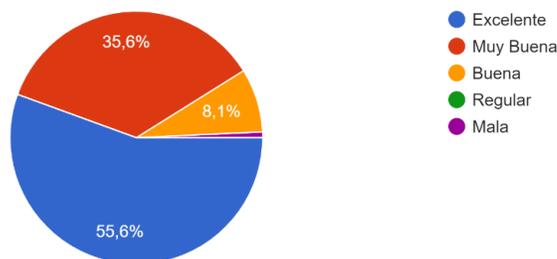
Los hechos de maltrato pueden disminuir con determinadas actitudes:

- Ejercer un trato sin distinciones ni favoritismos
- No pretender enseñar criticando públicamente o frente a pacientes
- Hablar de los errores en reuniones de Residentes
- Promover la disciplina sin abuso de poder, bronca o ánimo de venganza, sino con sentido de justicia
- Fomentar actividades sociales extrahospitalarias

La enseñanza de la Especialidad, como la de cualquier otra, debe desarrollarse en un ámbito donde se respete la dignidad del otro.

Durante el período de formación, las relaciones interpersonales entre los médicos de Planta y los Residentes fue satisfactoria (Gráfico 39).

39. Durante el período de Formación, la relación personal y el trato con el Staff docente fue:
135 respuestas



Abordaje de la adicción en la Carrera de Especialista

El período de Formación está sujeto a exigencias que pueden alterar la estabilidad mental y emocional, y las personas propensas, que de por sí ya tienen otros problemas personales o familiares, pueden volcarse a la adicción de drogas o alcohol como mecanismo de escape.

Abordar al Residente adicto es un desafío, y requiere de una serie de pasos: identificar la adicción, intervención por profesionales especialistas, tratamiento, reentrada y vigilancia prolongada.

Los primeros en detectar estos signos suelen ser los propios compañeros, que son los que más tiempo están en contacto, pero también son los que más temen revelar el problema ya que le puede costar la residencia a su compañero. En este sentido, los programas debieran establecer periódicamente espacios de reflexión y diálogo sobre conflictos emocionales y personales, que permitan la detección precoz de la situación.

Encarar estas situaciones no sólo beneficiará al Residente si no también evitará potenciales inconvenientes con los propios colegas y pacientes³⁹.

Evaluación de competencias durante la Formación en Cirugía Torácica

La evaluación teórica se efectúa a través de exámenes orales u escritos, en sus diferentes tipos. La evaluación de competencias, si bien se realiza diariamente en cada actividad que lleva a cabo el Residente en los diferentes ámbitos, resulta necesario objetivar y documentar el proceso de aprendizaje. Existen diferentes métodos de evaluación, y establecerlos por consenso entre los Centros Formadores facilitaría homogeneizar los distintos Programas de Formación.

En Estados Unidos se introdujo el concepto de “Actividades Profesionales Esenciales” (APE) del inglés: Entrustable Professional Activities, EPAs, para articular los marcos de competencia con la práctica diaria.⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

La APE se define como una parte del trabajo profesional esencial ejecutable en forma independiente y en un tiempo dado. Esta actividad debe ser observable en el proceso y medible en sus resultados. Las APE permiten evaluar conocimientos, habilidades y aptitudes. Es importante definir un número determinado de APE como herramienta de evaluación del Cursante.

Un Programa único de Formación en Cirugía Torácica deberá ser diseñado contemplando diferentes APEs. Se identifican cuáles son los conocimientos y las habilidades necesarias para cada APE. Luego, en un plan de estudios global, se definirán los niveles de adquisición de las competencias según cada año de Residencia, para una APE seleccionada.

Sabiendo que no todos los Residentes o Cursantes de la Carrera logran alcanzar todos los objetivos buscados año por año, la Formación basada en competencias permite identificar al cirujano que no ha logrado el nivel buscado, y así formarlo en consecuencia hasta lograr el nivel adecuado para cada una de las actividades APEs buscadas⁴⁶.

El currículum establece y enumera las competencias que debe poseer el Cursante de la Carrera de Cirugía Torácica al terminar su formación para el manejo integral de ciertas patologías.⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾

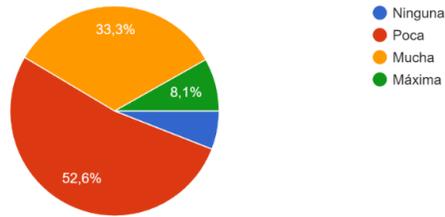
El siguiente es un listado de temas que deben ser conocidos en forma completa:

1. Preoperatorio
2. Interpretación de estudios imagenológicos
3. Evaluación funcional respiratoria
4. Técnica de broncoscopia
5. Técnicas quirúrgicas endoscópicas
6. Incisiones torácicas, vías de abordaje
7. Enfermedades de la pleura

8. Tratamiento del neumotórax y del enfisema bulloso
9. Patología traqueal
10. Supuraciones pulmonares. Absceso pulmonar. Bronquiectasias
11. Hidatidosis
12. Tumores de pulmón
13. Mediastino
14. Patología del esófago
15. Traumatismos torácicos
16. Patología del esternón y pared torácica
17. Patología del diafragma
18. Hiperhidrosis
19. Trasplante pulmonar
20. Cuidados perioperatorios. Complicaciones
22. Rehabilitación respiratoria
23. Cirugía robótica

Sobre este último tópico, la Encuesta revela que la mayoría de los cirujanos torácicos (58,6 %) otorga poca o nula importancia a la enseñanza en nuestro medio (Gráfico 49).

49. Qué importancia le otorga a la enseñanza de la cirugía robótica en nuestro país?
135 respuestas



Evaluación en cada nivel de competencia

En 1990, George Miller desarrolló un modelo de competencia profesional representado por una pirámide (Gráfico 51) con cuatro niveles de complejidad¹².

La base de la pirámide muestra los *conocimientos* que un profesional necesita saber de la Especialidad. El nivel siguiente, la capacidad para saber cómo utilizar estos conocimientos.

No sólo es preciso saber y saber cómo hacer, sino también es necesario demostrar cómo se hace frente a una situación clínica precisa. Finalmente, es necesario conocer también lo que un profesional hace realmente en su práctica laboral.

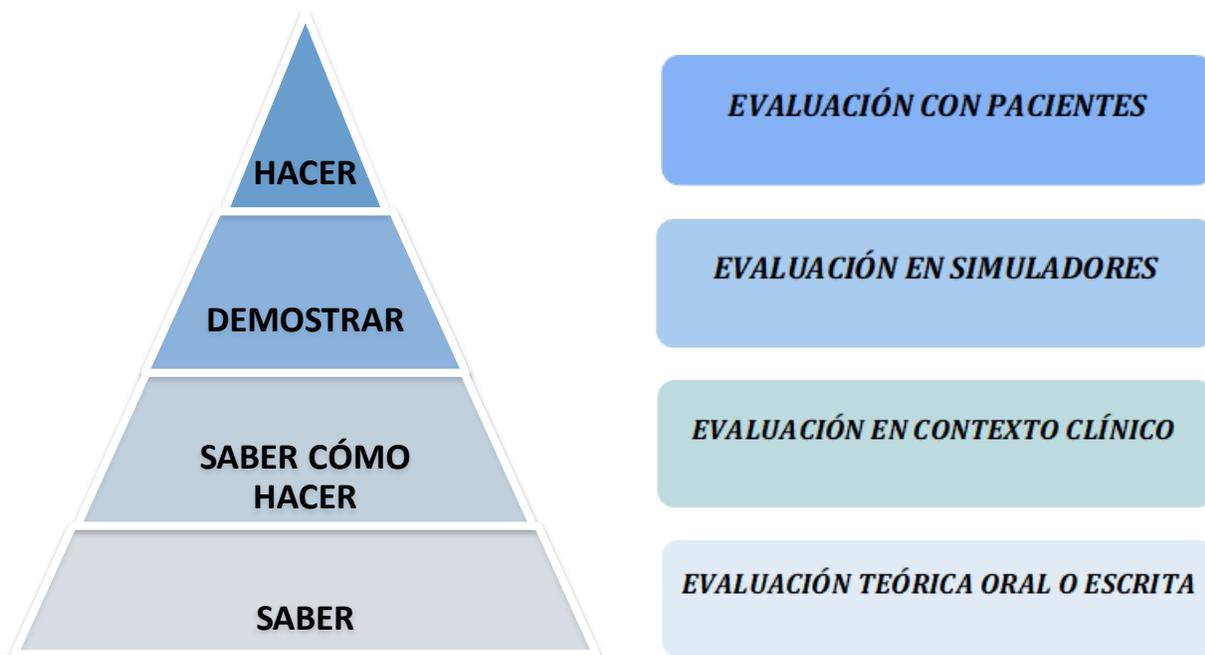


Gráfico 51. Tipos de evaluación según nivel de competencia acorde a la Pirámide de Miller

Cada elemento de la Pirámide de Miller se asocia a un tipo de evaluación. En la base están las pruebas de conocimientos, en especial las preguntas de respuestas múltiples o también preguntas a desarrollar. En el segundo nivel se aplican pruebas en un contexto clínico, por lo cual se requiere razonar e integrar información. En el tercer nivel se evalúa mediante simuladores; y en el vértice de la pirámide se pueden aplicar múltiples instrumentos que evalúan al profesional en actividad, como videos u otros¹².

Para evaluar cada una de estas competencias los métodos tienen que ser necesariamente diferentes:

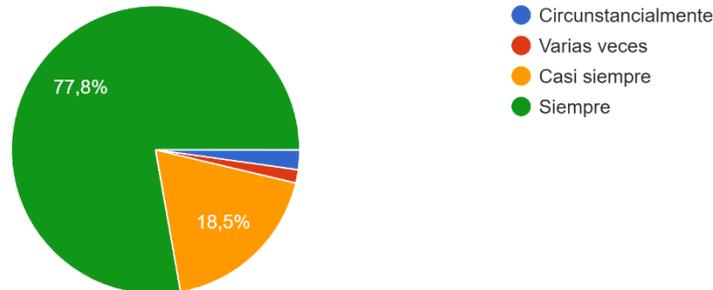
- a- Método para evaluar los conocimientos: preguntas escritas, tipo elección múltiple
- b- Método para evaluar integración de conocimientos: exámenes orales con la presentación de casos problema
- c- Método para evaluar la actuación o demostración: simulaciones computarizadas o enfermos simulados, que intentan reproducir situaciones similares de la vida real en condiciones estandarizadas
- d- Método para evaluar lo que hace: observaciones de la práctica por colegas o mediante videos.

En los dos niveles basales de la pirámide, la evaluación será eminentemente cognitiva, en el tercer nivel, referido a la demostración, la evaluación será de habilidades y destrezas, en ambientes de simulación y, por último, el cuarto nivel, será la evaluación práctica con pacientes reales en el quirófano.

La Encuesta refleja la percepción de supervisión durante las intervenciones (Gráfico 21) y la evaluación de las habilidades técnicas (Gráfico 25).

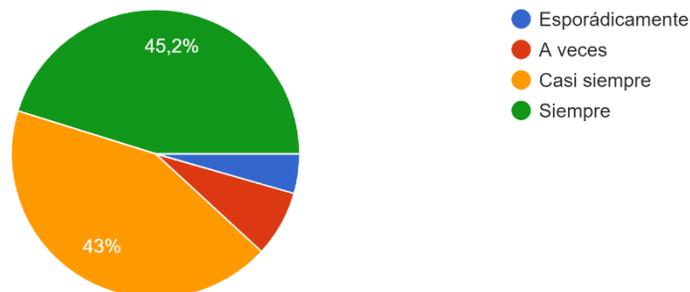
21. Durante su Residencia / Fellowship, sus procedimientos quirúrgicos han sido supervisados por un cirujano formado?

135 respuestas



25. Considera que sus habilidades técnicas fueron correcta y suficientemente evaluadas en el transcurso de su Residencia / Fellowship ?

135 respuestas

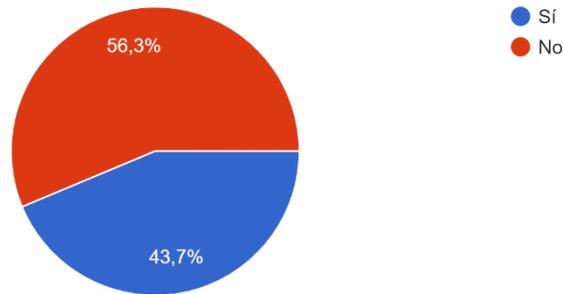


En los Programas se establece un estándar de cirugías que el Residente debiera alcanzar al cabo de su Formación, pero la cantidad y tipo de intervenciones en ocasiones no puede ser cumplimentada de igual manera, ya que cada Servicio Formador difiere en el volumen de pacientes y en el tipo de intervenciones que realiza. Desde luego que los estándares estipulados en los Centros de Formación de países europeos, asiáticos o norteamericanos, donde la atención especializada, a diferencia de lo que sucede en la Argentina, se concentra en determinados hospitales, lo que les permite alcanzar un volumen considerable de intervenciones.

Muy pocos hospitales en el país tienen un volumen y variedad de pacientes que asegure a los Residentes alcanzar el número y experiencias completas en todo tipo de cirugías que les otorgue autonomía en el desempeño.

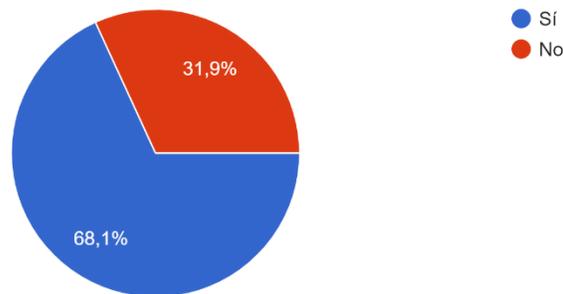
27. Durante su Residencia / Fellowship, tuvo entrenamiento en cirugía esofágica?

135 respuestas



28. Durante su Residencia / Fellowship, ha realizado cirugías correctivas por malformaciones congénitas esternocondrales?

135 respuestas



Esto tiene una importancia relevante, y debe ser observada por el Hospital y la Universidad que avale la formación al momento de abrir una sede, o decidir su continuidad como tal.

Considerando que la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica exige para acceder al Examen de Especialista un mínimo de 50 intervenciones quirúrgicas realizadas en los últimos tres años, de las cuales 15 deben ser resecciones mayores¹⁶, se considera necesario que el Residente, al término del período de Formación, haya realizado como mínimo:

-40 intervenciones de cirugía menor (biopsia pulmonar y pleural, drenajes pleurales, etc.).

-40 exploraciones endoscópicas torácicas (broncoscopía, videotoracoscopia y mediastinoscopia).

-15 intervenciones de cirugía mayor (resecciones pulmonares, pared torácica, pleurales, traqueal, mediastínica, esofágica o diafragmática).

Estos números de intervenciones a alcanzar, de por sí muy variables en los programas de un Centro a otro, se basan en los requisitos que establece la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica para acceder al examen de Especialista.

Lógicamente, la cantidad de cirugías que haya realizado un cirujano no da cuenta que las mismas se hayan efectuado correctamente. En otras palabras, la cantidad no hace a la calidad del acto quirúrgico. Se puede operar mucho, pero si no se aprendió bien a realizar una cirugía, ese defecto se podría acarrear en las sucesivas.

De ahí la importancia de enseñar bien desde un principio, no presionando al aprendiz con la velocidad, sino con delicadeza y precisión en los gestos. La velocidad de ejecución llega con la cantidad de cirugías efectuadas, en cambio la calidad del acto quirúrgico no. Este depende de cómo se ha enseñado y supervisado cada detalle, desde la posición de pie frente a la camilla en el quirófano, hasta la realización del último punto.

Evaluación del desempeño en cirugía

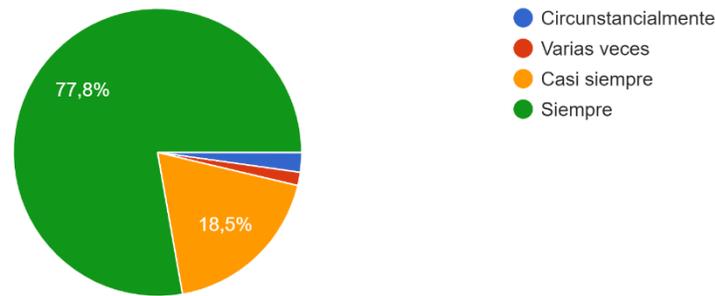
La habilidad quirúrgica es una de las cualidades más importantes que debería adquirir el cirujano en formación⁵¹, sin embargo, no existen métodos para evaluar la adquisición de destrezas técnicas por parte de los cirujanos torácicos en formación que hayan sido universalmente aceptados. De hecho, los procesos de evaluación en muchos Centros de Formación persisten indefinidos, esporádicos y poco fomentados o desarrollados.

En la mayoría de los Centros, esta evaluación práctica la lleva a cabo cotidianamente el cirujano tutor durante el mismo acto quirúrgico, perpetuándose así ese acto docente de supervisión directa entre tutor y aprendiz, que se remonta a los orígenes mismos de la enseñanza de la cirugía.

Asimismo, este modelo de evaluación puede tener un significativo nivel de subjetividad por parte del tutor.

21. Durante su Residencia / Fellowship, sus procedimientos quirúrgicos han sido supervisados por un cirujano formado?

135 respuestas



En la actualidad existen sistemas de evaluación que demuestran mayor objetividad:

-Lista de cotejos (check list): es el método más utilizado, ha demostrado ser fácil de utilizar y ha sido ampliamente validado. Consiste en un listado de aspectos a evaluar (contenidos, habilidades, conductas) al lado de los cuales se puede adjuntar un tic (visto bueno) o una “X” si la conducta es no lograda (Tabla 1). Se transformaría a los evaluadores en observadores más que en interpretadores de la conducta, tendiendo a minimizar de esta forma la subjetividad en el proceso de evaluación⁵².

Tabla 1: Check - list de valoración para un acto quirúrgico específico. Ejemplo: rafia pulmonar

Acción	Correcto = 1	Incorrecto = 0
1 Selección de instrumentos		
2 Empleo de sutura adecuada		
3 Coloca bien la aguja en el porta y la pasa adecuadamente		
4 No daña los tejidos con la pinza		
5 Adecuada separación de los puntos		
6 Aposición congruente de los bordes		
7 Confección de nudo con ajuste adecuado		
8 Corte de hilo a distancia correcta		
9 No hematoma perisutura		
10 Aerostasia satisfactoria		

-Escala de evaluación global GRITS (Global Rating Index for Technical Skills): es una escala global que puede ser utilizada en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos⁵³. La observación del docente evaluador con la ayuda de una lista detallada de criterios que se valoran en forma ordinal es la mayor ventaja de este método de evaluación (Tabla 2). Es una de las formas de evaluación mayormente aceptada y realizada en la actualidad.

Tabla 2: Escala de evaluación global

<i>Manejo y conocimiento del instrumental</i>				
1	2	3	4	5
Uso inapropiado		Torpezas ocasionales		Manejo fluido
<i>Tiempo y movimiento</i>				
1	2	3	4	5
Movimientos inadecuados	Movimientos innecesarios ocasionales		Economía y eficiencia de movimientos	
<i>Respeto por los tejidos</i>				
1	2	3	4	5
Toma y prensión que causa daño		Ocasional daño inadvertido	Manejo delicado con daño mínimo	
<i>Flujo de la cirugía</i>				
1	2	3	4	5
Detenimiento frecuente, inseguridad		Progresión razonable, detención ocasional	Curso claro y fluido	
<i>Conocimiento del procedimiento específico</i>				
1	2	3	4	5
Requiere instrucciones en muchos pasos		Conoce los pasos importantes	Demuestra familiaridad con los pasos	
<i>Utilización de los asistentes</i>				
1	2	3	4	5
No los utiliza, o ubica inadecuadamente		Uso parcial	Uso estratégico para la mayor ventaja de los gestos	
<i>Habilidades de comunicación</i>				
1	2	3	4	5
Falla en la comunicación		Comunicación apropiada la mayor parte del tiempo		Entendimiento y coordinación

Existen también otros métodos de evaluación global, entre ellos el OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills)⁵⁴. Desarrollado por la Universidad de Toronto, es una combinación de los descriptos precedentemente, es decir, lista de cotejo y escala global de calificación, siendo útil para evaluar el desempeño del cirujano tanto en simuladores como en el quirófano.

En nuestro país, el Hospital Italiano de Buenos Aires, juntamente con el Instituto Universitario del Hospital Italiano, ha desarrollado un sistema de evaluación del desempeño de Residentes y Becarios según competencias.

COMPETENCIAS EVALUADAS	DESEMPEÑO				
Si el resultado es diferente al “Esperado” le sugerimos indicar el motivo en los comentarios.	Insuficiente (1 - 2 - 3)	En el límite (4 - 5 - 6)	Esperado (7 - 8)	Superior (9 - 10)	No aplica
Como profesional experto (integra y aplica conocimientos, habilidades clínicas y/o quirúrgicas y actitudes profesionales en la provisión de cuidados centrados en el paciente dentro de un marco ético)					
Comentarios					
Como comunicador (facilita la relación profesional-paciente y desarrolla un plan compartido de cuidado con el paciente, la familia y el grupo de trabajo)					
Comentarios					
Como colaborador (participa de manera efectiva y apropiada en el equipo de salud para el cuidado del paciente)					
Comentarios					
Como profesional (demuestra compromiso y un comportamiento ético responsable que responde a su rol en la sociedad)					
Comentarios					
Como aprendiz autónomo (reconoce la necesidad de un aprendizaje continuo y la generación de nuevos conocimientos y prácticas profesionales)					
Comentarios					
Como promotor de la salud (usa sus conocimientos para bienestar de pacientes y la comunidad a través de actividades de prevención y promoción de salud)					
Comentarios					
Como gestor /administrador (prioriza y ejecuta sus tareas en forma efectiva, asignando los recursos sanitarios de manera apropiada)					
Comentarios					

Si bien existen muchos métodos de evaluación, no hay uno que por sí solo sea ideal y abarque todos los aspectos de aprendizaje. La calidad global de las evaluaciones depende mucho más de un programa integral de evaluación que de instrumentos individuales. La evaluación debe estar integrada dentro del diseño de un programa apropiado a las necesidades de formación.

La evaluación constituye un aspecto del diseño pedagógico global de una institución que se debe utilizar estratégicamente por sus efectos educativos. La formación quirúrgica dentro del marco de un programa estructurado de residencia requiere una retroalimentación objetiva y constante de la adquisición de habilidades técnicas. Esto permitirá la corrección del error médico y la reorientación del aprendizaje.

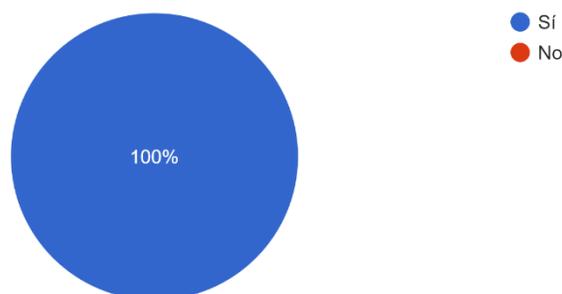
Si se pretende alcanzar una evaluación integral es fundamental abarcar toda la pirámide de competencias, sólo así se podrá cotejar de manera completa el desempeño profesional.

Educación Profesional Continua

La Educación Profesional Continua es aquella formación que, una vez finalizada la Residencia en Cirugía Torácica, el Cirujano Torácico lleva a cabo con la finalidad de mantener y mejorar su competencia profesional⁵⁵.

40. A los fines de su desarrollo profesional, considera relevante participar en programas de educación médica continua de la Especialidad?

135 respuestas



El Ministerio de Salud de la Nación y de las Provincias, de manera coordinada, deberían establecer criterios comunes para ordenar las actividades de formación continua, con la finalidad de garantizar a la población la calidad asistencial en el ejercicio de la Especialidad. Esto conduce, por un lado, a la necesidad de leyes que rijan y regulen la educación y

formación continua, y por otro, a la necesidad de acreditación de las actividades, centros y profesionales.

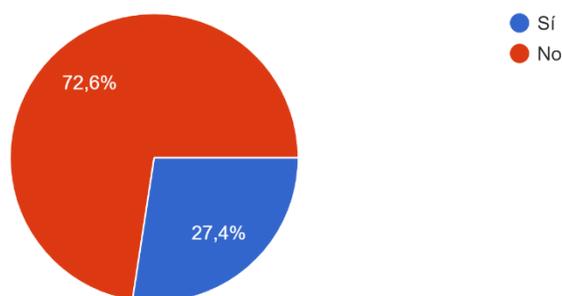
Sin duda, el papel rector recae en la administración sanitaria, sea nacional o provincial, pero tampoco cabe duda que para llevar esto a la práctica las organizaciones mejor capacitadas son las sociedades científicas, las cuales, gracias a la experiencia de sus profesionales, reúnen las habilidades técnicas y los conocimientos necesarios⁵⁶.

En este sentido, se propone que la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica considere, a través de un Comité de Educación, desarrollar un plan de Perfeccionamiento Profesional Continuo, que todo cirujano podría llevar a cabo de manera individual y voluntaria. Así, este Programa teórico y práctico que la Sociedad podría desarrollar facilitaría al socio las acciones necesarias para la mejora de su competencia profesional y obtener la recertificación correspondiente.

Si bien en el momento actual no existe una norma legal para la evaluación y recertificación, se propone que la SACT, como institución que nuclea a la mayoría de los cirujanos torácicos del país, podría fomentar y liderar esta acción con proyección federal.

10. Ha obtenido el Certificado de Especialista en Cirugía Torácica de la SACT?

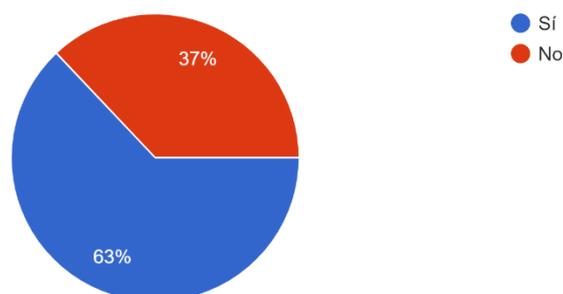
135 respuestas



Recursos para la Educación y Perfeccionamiento Profesional continuo

9. Realizó el Curso Anual de Cirugía Tóraca de la SACT?

135 respuestas



-Curso Anual de Cirugía Torácica de la SACT

Promover y ponderar su realización, otorgando una significativa cantidad de puntos válidos para la recertificación

-PROACITO (**P**rograma de **A**ctualización en **C**irugía **T**orácica)

Convocar, a través de un comité ad hoc de la SACT, a cirujanos referentes para desarrollar un temario completo y publicar así bibliografía propia de la Especialidad, con el fin de brindar conocimiento actualizado tanto al Residente en su formación como al Cirujano Torácico en su desarrollo profesional continuo.

-Ponderar la Jornada de Actualización de la SACT

Incentivar y ponderar la concurrencia y participación, otorgándose puntaje para la recertificación

-Curso Internacional del Congreso Argentino de Cirugía Torácica

Otorgar becas para su asistencia por parte de la SACT, en particular a cirujanos noveles

-Reconocer al mejor trabajo científico realizado en el Curso Anual con la publicación de este en la Revista de la SACT

Cursos

Elevar a la Comisión Directiva de la SACT proyectos para establecer convenios con diferentes Universidades, Asociaciones, Instituciones u Organismos públicos o privados para

estimular y facilitar la participación de los Miembros en diferentes actividades formativas. Por ejemplo, a título ilustrativo:

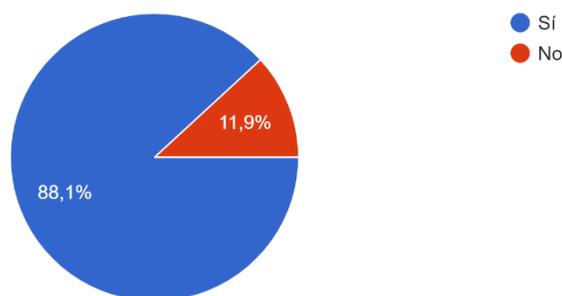
- CENCIL (Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica y Mini Invasiva), perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, para adquisición de habilidades en cirugía videotoracoscópica y broncoscopia.
- AABE (Asociación Argentina de Broncoesofagología) para realizar el Curso Anual de Endoscopia Respiratoria.
- AMM (Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires) Curso de Simulación Quirúrgica.
- INC (Instituto Nacional del Cáncer) para propiciar un marco de interacción relacionada con la epidemiología, investigación y avances en cáncer de pulmón.
- Otras Instituciones Educativas y Asociaciones Científicas del país y del mundo.

Recertificación

La evaluación de la competencia es un componente fundamental en el proceso de perfeccionamiento continuo, a fin de conseguir el desempeño adecuado que permita recertificar⁵⁷.

41. Para el ejercicio de la Especialidad, considera necesario un régimen de evaluación periódico por las entidades competentes? (Recertificación)

135 respuestas



Rol de los Cirujanos Maestros en la Educación de la Especialidad

En el ejercicio de la profesión, la voz de aquellos colegas que han aquilatado vasta experiencia quirúrgica no tiene en la vida cotidiana un ámbito de expresión. Es frecuente que, al llegar el momento de la jubilación, aquel cirujano Senior o Jefe de Servicio, quede paulatinamente al margen del sistema educativo, particularmente en el ámbito hospitalario.

Esta situación, que ocurre en muchas especialidades, en la cual los médicos de mayor experiencia, aun deseándolo, no tienen lugar para seguir ejerciendo la docencia, es un tema que ameritaría ser revisado. Algunos pueden continuar por un tiempo en calidad de Consultores, pero a muchos no se les da la oportunidad de seguir brindando su potencial educativo por diferentes motivos, generalmente relacionados a regulaciones jubilatorias y administrativas, y así, en ocasiones la calidad asistencial de los Servicios puede verse resentida.

En tal sentido se propone que las sociedades científicas y los colegios médicos, a través de comités respectivos, contemplen y formulen medidas que, canalizadas por la vía que corresponda, puedan llegar a tener injerencia en las disposiciones vigentes.

También en los congresos o reuniones societarias, es relevante dar lugar a aquellos cirujanos que, habiendo cesado en sus funciones laborales, tengan un espacio para transmitir sus conocimientos y perspectivas a las generaciones más jóvenes.

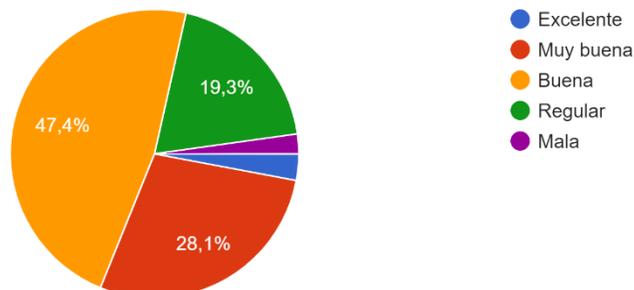
Planificación de la Educación de Cirugía Torácica a nivel nacional

Para trazar un rumbo, es necesario primero saber dónde estamos ubicados. En nuestro país, la enseñanza de la Cirugía Torácica que se encuentra encuadrada en programas reconocidos por las autoridades competentes se lleva a cabo actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en seis provincias: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Corrientes, Mendoza y Tucumán, totalizando en la actualidad 34 Centros de Formación, de los cuales 26 se encuentran en la ciudad y provincia de Buenos Aires.

El mapeo de la Formación de la Especialidad se despliega de manera similar al mapa de la asistencia sanitaria de alta complejidad en el territorio nacional, centralizándose en pocas ciudades, y es esperable que así sea, dado que la práctica de la cirugía torácica requiere centros dotados de Terapia Intensiva, Diagnóstico por Imágenes y múltiples Servicios que interactúan con la Especialidad.

50. Qué valoración hace, en términos generales, sobre la Educación de la Cirugía Torácica en nuestro país en la actualidad?

135 respuestas

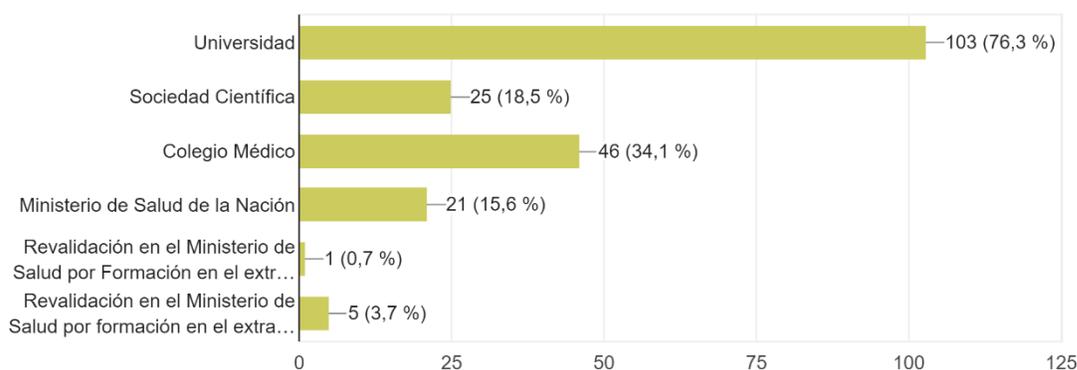


Además de la formación en Hospitales Formadores través de Residencias o Sedes de la Carrera, hay una formación que no está sistematizada con un Programa definido, en el cual el aprendiz concurre a un Servicio determinado, o participa de cirugías con un mentor, el cual luego avala esa experiencia y el aprendiz gestiona la validación ante un Colegio o Consejo Médico, que lo certifica como Especialista y le permite ejercer la Especialidad en una determinada jurisdicción o provincia.

Este escenario evidencia un abanico de posibilidades para obtener el Certificado de Especialista, lo cual sería oportuno analizar a fin de estandarizar un currículo de la Especialidad que permita unificar lineamientos teóricos y prácticos en un Programa Educativo de alcance nacional, el cual contemple también la modalidad de evaluación de las Instituciones Certificantes.

7. Su Certificación como Cirujano Tóracico ha sido/será otorgada por (puede marcar más de una):

135 respuestas



Este consenso para lograr un Programa Educativo Nacional entre todas las entidades educativas, sean Universidades, Sociedades Científicas, Colegios Médicos, Hospitales e

Instituciones privadas, podría ser promovido por la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica para que se constituya un Comité Conjunto, por denominarlo de alguna manera, integrado por representantes de cada una de las entidades interesadas.

Rol de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica en el proceso educativo

Como Sociedad Científica podría no sólo impulsar un proyecto de esta naturaleza, como lo dicta su propio estatuto, sino ser asiento de las reuniones respectivas que se pudieran planificar al respecto, o enviando los representantes que considere al lugar donde se llevaran a cabo.

La organización mensual de Ateneos Interhospitalarios que lleva a cabo la SACT, con una activa participación federal, le permite cumplir un rol trascendente no solo en el campo educativo, sino también como artífice de la interacción científica entre sus Miembros



A continuación, se describen aspectos actuales de la SACT para tener en cuenta

Análisis DAFO: SACT en relación con la Educación en Cirugía Torácica

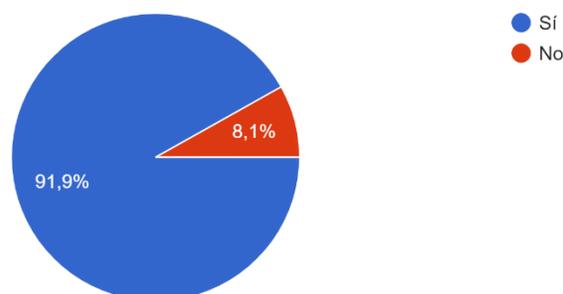
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> -Oferta educativa para la comunidad societaria -Algoritmos diagnósticos y terapéuticos disponibles en la página web -Necesidad de tener Guías de Consenso sobre Patologías y Procedimientos -Regularidad del Comité de Educación -Plan de Formación Profesional continua -Investigación y producción científica -Capacitación en habilidades no técnicas -Información en la página destinada a pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Escaso compromiso por parte de los Miembros -en general- para desarrollar actividades en la Sociedad -Falta de tiempo para compatibilizar lo asistencial con las actividades formativas -Pérdida de motivación docente -Disponibilidad de espacio y tiempo en la Sede condicionada por actividades de la AAC -Recursos económicos acotados -Apoyo de la industria inconstante
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> -Sociedad Científica de la Especialidad con proyección nacional -Padrón de Miembros relativamente pequeño que favorece el conocimiento recíproco -Sociedad con reconocida y distinguida trayectoria histórica -Recursos humanos para planificar y materializar proyecto educativo de Cir Torácica -Capital humano calificado con potencial para coordinar diversos programas de formación -Relación institucional adecuada con Universidades y Asociaciones científicas (AMA, AAC, AAMR, AABE, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> -Convenios con diferentes entidades para impulsar la realización de Cursos a precios preferenciales -Becas de apoyo para Rotaciones de Socios -Reconocimiento para aquellos que impulsen el desarrollo de la Especialidad con proyección nacional -Rol de coordinación con otras universidades e instituciones médicas para impulsar un programa educativo de referencia para la enseñanza de la Especialidad -Impulsar proyectos legislativos sobre el ejercicio y enseñanza de la Especialidad, a través del Comité de Educación y de Asuntos Jurídicos.

Hacia un proyecto legislativo sobre la educación y ejercicio de la Especialidad

La inmensa mayoría de los encuestados opina favorablemente que la Educación en Cirugía Torácica sea legislada (Gráfico 42).

42. A su criterio, la Educación en Cirugía Torácica, requiere estar legislada a nivel nacional?

135 respuestas



Quizás haya llegado el momento, entonces, para pasar de la opinión a la planificación.

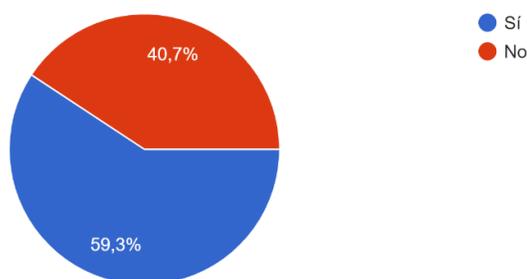
Un programa que establezca pautas comunes de educación y formación continua que pudieran implementarse en los Hospitales Formadores constituiría la base sobre la cual se podría luego generar un proyecto legislativo extensivo al ejercicio de la Especialidad.

Se propone el siguiente plan de acción, a fin de sentar bases que permitan elaborar a posteriori un proyecto legislativo, llevado a cabo por un grupo de trabajo que a tal efecto se pudiera conformar, por ejemplo, con socios que integren el Comité de Educación y otros que se pudieran constituir *ad hoc*.

1. Realizar a través de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica un censo de todos los cirujanos torácicos del país, sean asociados o no.
2. Efectuar también a través un relevamiento de todos los Servicios, Secciones o Unidades de Cirugía Torácica que funcionen en cada una de las Provincias.
3. Promover la asociación de los cirujanos torácicos que no sean Miembros de la SACT, a fin de consolidar un nucleamiento societario a nivel nacional y regionalizar la acción de la Sociedad con corresponsales referentes. Un significativo número de colegas no están asociados, como es evidente en el gráfico 5.

5. Es usted miembro de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica?

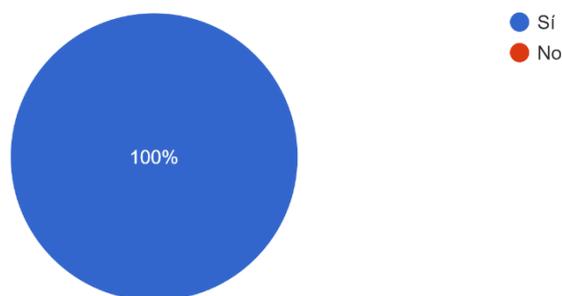
135 respuestas



4. Proponer la constitución de un Consejo Superior Nacional, o como quiera designárselo, formado por Socios de cada región o provincia con experiencia en enseñanza de posgrado, que interactúen con las Universidades, Colegios Médicos y las correspondientes autoridades ministeriales competentes en la materia, para delinear un Programa Educativo y de Formación Continua, que sea adecuado a la realidad del país y viable en su ejecución, consensado, y con el asesoramiento de Licenciados en Educación y Psicopedagogía. La totalidad de los encuestados se manifestó a favor de un programa de educación continua (Gráfico 40).

40. A los fines de su desarrollo profesional, considera relevante participar en programas de educación médica continua de la Especialidad?

135 respuestas



5. Los Miembros de la Sociedad involucrados serán *ad honorem*, y ésta cubriría los gastos de alojamiento y viáticos cuando el desempeño de sus funciones así lo pudieran demandar.

6. El Consejo Superior será el responsable de generar el programa educativo, arbitrar los medios de evaluación teóricos y prácticos a través de la modalidad que considere, pero que sea superior del procedimiento actual.

7. Los Servicios también serían incluidos en un proceso de mejora continua para su ulterior acreditación por parte de la SACT.

8. Luego de haber realizado y alcanzado a nivel nacional un estándar de certificación profesional y acreditación de Servicios, se estaría en condiciones basales adecuadas para normatizar la educación y el ejercicio de la Especialidad en todo el país, elaborándose entonces un proyecto legislativo en el cual queden amparados todos los derechos y responsabilidades que tenemos como Cirujanos Torácicos.

9. Para lograr un proyecto de esta naturaleza se considera necesario, como ya se mencionó, la unión de los cirujanos torácicos de todos e país, el aporte que cada uno pudiera realizar y el consenso necesario.

10. Si como Sociedad Científica no nos ocupamos del desarrollo y calidad de nuestra propia Especialidad, más complejo será aún que otros lo hagan por nosotros.

Perspectivas de la Educación futura de la Cirugía Torácica

Como sabemos, el Residente fue llamado así, históricamente, por residir en el hospital. Su vida transcurría allí gran parte del día, dedicado de lleno a su formación, y luego, como cirujano, ejerciendo la especialidad relegando muchos aspectos personales, familiares y sociales.

El espíritu de sacrificio que se inculcaba en la formación de los cirujanos, en donde la práctica llevaba en ocasiones a no tener tiempo para comer, para dormir, o para tener vida propia, está actualmente en revisión. Los cirujanos jóvenes están haciendo un mejor balance entre su compromiso laboral y su vida extralaboral, en pro de mejorar la calidad de vida.

Esto conduce a que muchos Residentes no elijan carreras de posgrado que requieran una formación esmerada y prolongada, como la Cirugía Torácica, que insume, tomando como modelo la formación en la Universidad de Buenos Aires, 14 años luego del egreso de la Secundaria (1 año de Ciclo Básico Común, 6 de Carrera de Medicina, 4 de Residencia en Cirugía General y 3 en la Especialidad) asumiendo poder cursar con regularidad y sin demora en alguna materia. La inmensa mayoría de los médicos egresados eligen capacitaciones de posgrado más abreviadas, priorizando una rápida inserción laboral y mejor rentabilidad.

A lo largo de la historia, el Residente ha sido empleado muchas veces como mano de obra barata, asignándosele tareas predominantemente asistenciales, pero quedando relegada su formación en investigación, su producción científica y académica. Es oportuno reever esta situación con vistas a la educación presente y futura.

El educando debería estar inmerso en un sistema, como la Residencia, que le permita formarse de manera íntegra, pero que esté adecuadamente remunerado, de manera que lo aliente a perfeccionarse, y no que le genere zozobra por no poder solventar su vida, y tener que salir corriendo del hospital a procurarse el sustento en otro lugar.

Desde luego, esta es la realidad cotidiana no solo de los Cursantes, sino también de la inmensa mayoría de colegas, pero en virtud del tema que nos ocupa con el Relato, debiéramos comenzar a incluir en la planificación de un programa educativo nacional para la Especialidad, el régimen de formación y laboral, y por ende el aspecto remunerativo, por cierto tan relevante, ya que refleja, en cierta medida, el respeto a tantos años de preparación y esfuerzo para brindar salud a la sociedad.

Conclusiones (1/3)

Educación quirúrgica

El Residente egresado debe ser capaz de conocer en detalle los aspectos de la patología torácica y realizar un correcto manejo diagnóstico y terapéutico.

Las habilidades quirúrgicas, históricamente adquiridas en el quirófano, inicialmente pueden ser incorporadas y ejercitadas a través de programas de simulación.

El entrenamiento en simuladores permite una curva de aprendizaje más rápida, permitiendo luego durante la cirugía acortar los tiempos operatorios, lo cual tiene una relevancia ética frente al paciente y uso eficiente del quirófano para la institución.

El respeto tisular durante el acto quirúrgico refleja en el quirófano la ética del cirujano, e influye decididamente en la evolución posoperatoria.

El cuidado de cada detalle hace, en conjunto, al éxito de la cirugía.

Durante el período formativo es fundamental inculcar el control diario posoperatorio, el reconocimiento temprano de las complicaciones y la adopción criteriosa y oportuna de conductas resolutivas.

Saber escuchar otras opiniones y solicitar ayuda a otros colegas cuando la situación amerite, es una actitud que no rebaja al cirujano, sino que lo enaltece en su humilde postura.

El equipo docente debe identificar fortalezas y debilidades de cada Residente precozmente para optimizar el rendimiento individual.

Propiciar el trabajo en equipo, la interacción multidisciplinaria y el consenso en ateneos, es un hábito esencial para el ejercicio de la Especialidad.

Conclusiones (2/3)

Educación complementaria y continua

Los Cursantes de Cirugía Torácica egresan de los Hospitales Formadores con niveles disímiles de enseñanza y entrenamiento.

Las Rotaciones son un valioso recurso para complementar la formación, sea entre Hospitales del país, o en el extranjero.

La formación científica implica, necesariamente, que el Cursante disponga de más tiempo, es decir, que el régimen sea a tiempo completo, en hospitales con volumen adecuado de pacientes para poder emprender trabajos estadísticamente significativos, con la guía de investigadores y apoyo institucional en los distintos niveles de conducción.

La investigación favorece el desarrollo intelectual, crítico y ético del cirujano. Es conveniente la aproximación al método científico durante el período de formación, no solo para investigar, sino para inculcar la interpretación crítica de las comunicaciones y publicaciones.

Todo adelanto científico y tecnológico debería ser criteriosamente aplicado, pero la educación y formación continua no debería estar determinada por la presión y direccionamiento que ejerce la industria, donde claros intereses económicos entran en juego.

La mejor clase de gestión, cuidado de insumos, trazabilidad y transparencia en el manejo del material quirúrgico, es el ejemplo que da el jefe y los cirujanos de Planta en la práctica cotidiana.

La mejora y actualización de los programas de la Carrera, y aquellos que se planifiquen relacionados con la formación continua, es oportuno que tuvieran una proyección lo más ecuánime posible sobre la enseñanza de la Especialidad en el país.

La recertificación debería ser un proceso más en el currículo del cirujano torácico, como consecuencia de un programa de desarrollo profesional continuo, que podría ser elaborado y propuesto por el Comité respectivo de la SACT.

Asimismo, los Servicios también tienen que recibir este impulso de mejora continua. No sería coherente pretender un desarrollo profesional continuo y recertificado, y no tener en cuenta en tal proceso a los propios Servicios, cuya acreditación debería ser regla y no excepción.

El rol de la SACT es clave, a través del Comité correspondiente, no sólo para realizar la certificación profesional, sino también la acreditación de los Servicios, máxime si éstos son Centros de Formación.

Un programa educativo que establezca estándares comunes de formación para todos los Hospitales Formadores de cirujanos torácicos favorecería a la postre un mejor nivel de prestación asistencial, facilitando el acceso de la población local a tratamientos avanzados, no quedando condicionado el paciente a la geografía y al poder adquisitivo.

La SACT podría evaluar la posibilidad de promover la conformación de un Consejo Superior Nacional, compuesto por representantes de las universidades, hospitales, sociedades científicas y colegios médicos de cada una de las provincias donde haya Servicios Formadores, que, juntamente con autoridades ministeriales provinciales y nacionales, elabore un programa educativo base, de proyección federal, destinado a los Centros de Formación existentes en el país.

La implementación de un programa nacional de educación de la Especialidad favorecería a posteriori la legislación sobre la misma, lo cual significaría un respaldo trascendente para mejor cumplimiento del proceso de enseñanza.

Conclusiones (3/3)

Educación ética

Como educadores, en primera instancia deberíamos ser autocríticos, para corregir nuestros propios errores, y luego transmitir lo mejor de nuestra experiencia.

El humanismo y los principios morales se deben aplicar a la relación médico - paciente, pero también a la interacción con la familia, con otros colegas y con el personal de la institución.

La enseñanza de la Especialidad abarca, también, el modo en que se transmite el conocimiento, es decir, el trato respetuoso al que está aprendiendo, sin burlarse, denigrarlo, ni maltratarlo por su ignorancia.

La calidad asistencial futura dependerá de la calidad educativa que se imparta en el presente.

Desconocemos hasta dónde progresará la cirugía, y los contenidos educativos que aguardan a las futuras generaciones. Observamos en el presente, que la comunión que existía en el quirófano entre cirujano y enfermo -al introducir las manos en su cuerpo- se va transformando, primero a través del instrumental videotoracoscópico, y ahora, la robótica lleva a operar ubicados a mayor distancia, interviniendo casi sin tocar al paciente. Sin

embargo, aun la tecnología más sofisticada no nos debe llevar a la despersonalización de la atención médica. Desde esta posición, de algo deberíamos estar seguros, continuar con la enseñanza primordial: saludar cordialmente al paciente, dándole la mano y mirándolo a los ojos.

Referencias bibliográficas

- 1- Revista Iberoamericana de Educación. Web.archive.org. 27 de junio de 20.
- 2- Llorens, Albert Isidro; Malgosa Morera, Assumpció (2003) en Elsevier España, *Paleopatología*, ISBN 84-458-1261-0.
- 3- Wolfgang Kosack: "*Der medizinische Papyrus Edwin Smith*". The New York Academy of Medicine, Inv. 217; De nueve traducir en jeroglífico: Berlín 2011, Schweizerische National bibliothek, Brunner, Basel 2012, ISBN 978-3-033-03331-3.
- 4- Adam F. *The genuine works of Hipócrates*. The William & Wilkins Co. Baltimore, 1939.
- 5- McCauley L, Dean N. *Pneumonia and empyema: causal, casual or unknown*. J Thorac Dis. 2015;7(6):992-8. DOI: <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.04.3609>.
- 6- De Aquapendente F. *Crisol de la cirugía* (Traducido al castellano por Don Pedro González de Godoy). Madrid: Mercader de Libros (Iván García Infanzón); 1676.
- 7- Lindskog GE. *A history of pulmonary resection*. Yale J Biol Med. 1957;30(3):187-200.
- 8- Munguía Canales DA, Ibarra Pérez C, Rodríguez Pérez ME. *Pioneros de la cirugía torácica mexicana*. Gac Med Mex. 2011;147(4):342-9.
- 9- París Romeu F, González Aragonese F. *Figuras pioneras de la cirugía torácica española*. Arch Bronconeumol. 2002;38(1):37-48.
- 10- Ballesteros Massó *et al*. *Historia de la Traumatología y Cirugía Ortopédica*. Universidad de Jaén. Diciembre 2002.
- 11- Paré A. *Les oeuvres d'Ambroise Paré*. Chez la Veufve la Gabriel Bvon. Paris, 1598.
- 12- Chisholm, Hugh. *Desault, Pierre Joseph*. Encyclopaedia Britannica (11th ed.). Cambridge University Press, 1911.
- 13- Enciclopedia Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Pierre_Joseph_Desault

- 14- Fliess E., “*Especialidades médicas reconocidas*”, Ministerio de Salud y Ambiente, CONEAU, 2004.
- 15- Esteva H. *Alejandro Posadas, Argentinian Pioneer: Thoracic Surgery in the Western World in his time*. Ann Thorac Surgery 2004; 78:741-5
- 16- Bores A, Bores I, Bortz J, Agüero A. *Alejandro Posadas. Introdutor de recursos didácticos en los procesos de enseñanza y de aprendizaje en los estudios médicos-quirúrgicos en la Universidad de Buenos Aires*. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol 131, Número 1 de 2018.
- 17- Brea M.M.: *Residencias Hospitalarias*. Revista de la Asociación Médica Argentina, 80: (12) 664 - 68, 1966.
- 18- Esteva H. *Enseñar y aprender cirugía*. Editorial Académica Española, 2017.
- 19- Sanguinetti F. *La cirugía y sus maestros*. Revista Prescribe. Fuente: *Enrique y Ricardo Finochietto. Una dupla que dejó huella*. Revista Prescribe, Edición especial. Congreso Mundial de Cardiología, 2008, Argentina.
- 20- Finochietto R.: *40 lecciones de cirugía*. Ed. A. López, Buenos Aires, 1944.
- 21- Pèrgola F, Sanguinetti F. *Historia del Hospital de Clínicas*. Edic. Argent. 1998.
- 22- Saad E. *Historia de la cirugía argentina 1930 - 2000*. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía. Número Extraordinario, 2005.
- 23- Laurence A. *Grandes figuras de la cirugía argentina*. Editorial L.E.A. Buenos Aires, 1987.
- 24- Saad E. en *Historia de la cirugía argentina 1930 - 2000*. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía. Número Extraordinario, 2005, 22-23.
- 25- xxxxxx
- 26- Brea M. *Cáncer del pulmón*. Relato al XVIII Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 1947, pág 101.
- 27- Schieppati E. *La punción mediastinal a través del espolón traqueal*. Rev Asoc Med Arg 1949; 663:497.
- 28- Boretti J.L.: Comentario de Relato Oficial de Berra JL *Enseñanza de la cirugía en el pregrado*. Rev Argent Cirug, 1973; 25:121-5.
- 29- Cherjovsky R et al. *Curriculum en la especialidad Cirugía Torácica*. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires , 2004.

30- Da Lozzo A. *Historia del trasplante pulmonar en el mundo y en la Argentina*. Rev Hosp. Ital.B.Aires 2013;33(3):111-119.

31- Saad E. en *Historia de la cirugía argentina 1930 - 2000*. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía. Número Extraordinario, 2005.

32- Da Lozzo A. *Historia del trasplante pulmonar en el mundo y en la Argentina*. Rev Hosp. Ital.B.Aires 2013.

33- CONAREME (Comisión Nacional de Residencias Médicas) requisitos generales para la instalación de un Sistema de Residencias Médicas. SESP, Buenos Aires, 1968.

3-<https://www.sep.ucr.ac.cr/ppem-oferta-academica/cirugia-toracica-general>

76-Pérgola F, Sanguinetti F. Alejandro Posadas (1870-1902). *Historia del Hospital de Clínicas*. Bs As. Ediciones Argentinas 1998; tomo I: 147-150.

4- Berra J.L.: *Enseñanza de la cirugía en el pregrado*. Rev Argent Cirug, Nro Extraord, 1972.

6- Arribalzaga E.B.: *Enseñanza de la cirugía torácica en el pregrado. Planeamiento, conducción y evaluación*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Córdoba,1992. (Extracto) Rev Hosp clínicas, 1994; 8: 19.

8- Esteva H., Arribalzaga E.B.: *Enseñanza de la cirugía torácica en el pregrado*. Rev Argent Cirug, 1998; 75: 131-139.

9- Esteva H., Arribalzaga E.B.: Aporte a la Discusión de Gutiérrez VP. *Enseñanza de la cirugía torácica en el pregrado*. Rev Argent Cirug, 1998; 75: 131-139.

10- Pellegrini C. *Residency training in Surgery in the 21 Century. A New paradigm Surgery*. 2004. 136: 953 – 965.

- 11- Silberman F.S., “*Educación Médica de Posgrado*”. Residencias Médicas. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2010. 1: 88 - 96.
- 12- Valenzuela C.H., “*Entrenamiento y evaluación del cirujano en formación*”. Parte I. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía 2013.
- 15- Arribalzaga E.B., Cherjosky R.M. y Gomez P., Relato “*Curriculum en la Especialidad Cirugía Torácica*”, Congreso Argentino de Cirugía Torácica, 2001.
- 16- Reglamento de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, “*Requisitos para la Certificación de Especialistas en Cirugía Torácica*”, Título 16, artículo 43.
- 18-Schijvarger, R.R., “*Enseñanza de la Cirugía en el Post Grado*”. Relato Oficial LXX 1999. Rev Argent Cirug. 1999: 9-4.
- 19- Castiglia V., “*El profesional y la actitud científica en el subdesarrollo*”. Rev Argent Pediat. 2000 (1): 45-55.
- 20- Onady G., Raslich M., *Medicina basada en la evidencia. Formular la pregunta que se puede responder*. Pediatrics in Review. 2003. 24 (8): 265-268.
- 21- Arribalzaga E.B., *Difusión, no Duplicación*. Rev Argent Cirug. 1998. 74: 127-131.
- 22- Garfield E., Welljams-Dorof A., *The impact of fraudulent research on the scientific literature*. JAMA. 1990. 263 (10): 1424-1426.
- 23- Hepp J., Csendes A., *Programa de la Especialidad Cirugía General. Definiciones y Propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile*. Rev Chil de Cirug. 2008. Vol 60 N 1: 79-85.
- 24- Manrique J., Conferencia “*La ética del Cirujano*”. Rev Argent Cirug. 1995. 68: 226-231.
- 25- Asociación Argentina de Cirugía “*Código de Ética y Deontología del Cirujano*”. Rev Argent Cirug 2001. 80 (5): 143-154.
- 26- Beauchamps T., Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford University Press. 1989.
- 27- Mc Cormack L., *Introducción de la simulación y la evaluación en la formación del cirujano del siglo XXI*. Parte II. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía, 2013.
- 28- Gil O., “*Actitud del Cirujano frente al paciente crítico*”. Relato Oficial LXXII 2001. Rev Argent Cirug. Número Extraordinario. 2001: 63-140.

- 29- Lopez Avellaneda E.M., *Implicancias médico legales de la práctica quirúrgica*. Relato Oficial. Rev Argent Cirug. 2002.
- 30- Marcos F.G., *Formación ética del residente en cirugía*. Rev Argent Cirug. 2008. 95 (1-2) : 25-31.
- 31- Moirano J.J., Relato Oficial “*Futuro del Cirujano General y de los Servicios de Cirugía*”. Rev Argent Cirug. 1994: 1-65.
- 32- Lopez Avellaneda M., *Implicancias medicolegales de la práctica quirúrgica*. Relato Oficial Congreso Argentino de Cirugía LXXIII. Rev Argent Cirug. Número Extraordinario. 2002: 9-48.
- 33- Nowydwor B., Lazzarino C. y col. *Ley 26.529-Consentimiento informado. Responsabilidad profesional del residente de cirugía*. RevArg. Res. Cir. 2011. 16 (2): 30-39.
- 34- Do Pico J.C., *La Responsabilidad Civil del Médico*. Pren. Med. Argent. 1999. 76:119.
- 35-Lazzarino C., *Responsabilidad Profesional del Médico Residente de Cirugía General en el Acto Quirúrgico*. Rev. Argent. Rev. Cir. 2011. 17 (1): 36-38.
- 36- Ley 17.132: Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas.
- 37- Mejía R., *Percepción de maltrato durante la capacitación de Médicos Residentes*. Medicina, 2005. 65: p. 295-301.
- 38- Mejía R., Tesis Doctoral *Percepción de maltrato durante la capacitación de Médicos Residentes*. 2005.
- 39- Galanter M., Talbott G. et al. *Combined alcoholics anonymous and profesional care for addicted physicians*. Am J Psychiatry. 1990. 147: 60-68.
- 40- Arribalzaga E., Jacovella P. *Estudio observacional de habilidades quirúrgicas en residentes*. Educación Médica. 2006: 9 (1): 27-34.
- 41- Pellegrini C.A., Warshaw A.L., Debas H.T. *Residency training in surgery in the 21st century: a new paradigm*. Surgery. 2004 Nov; 136 (5): 953-65.
- 42- Pellegrini C.A. *Surgical Education in the United States. Navigating the white Waters*. Ann Surg. 2006 Sep; 244 (3): 335-42.
- 43- Valenzuela C.H., “*Entrenamiento y evaluación del cirujano en formación*”. Parte I. Relato Oficial, Congreso Argentino de Cirugía 2013. 50-54.

- 44- Ten Cate O. *Entrustability of professional activities and competency-based training*. Med educ. 2005 Dec; 39 (12). 1176-7.
- 45- Ten Cate O. *Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training*. BMJ. 2006 Oct 7; 333 (7571): 748-51.
- 46- Mulder H., Ten Cate O., Daalder R., Berkvens J. *Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training*. Med Teach. 2010; 32 (10): 453-9.
- 47- Gutierrez SC. *El modelo experimental en cirugía. Perspectiva histórica*. Cirujano General 2000; 22 (3): 272-8.
- 48- Fauci AS. *Biomedical research in an era of unlimited aspirations and limited resources*. Lancet 1996; 348 (9033):1002-3.
- 49- Forriol F, Vaquero J. *The Spanish health care system: issues and challenges*. Injury 2012; 43 (Suppl 2): 51-2. Congreso Argentino de Cirugía 2014. Número extraordinario: 8-17.
- 51- Kasparian AC, Chercoles R. *New tools for objective assessment of technical skills in surgery*. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba. 2011; 68(1): 20-4.
- 52-Reznick RK, Regehr G, Yee G, Rothman A, Blackmore D, Dauphinee D. *Process-rating forms versus task-specific checklist in an OSCE for medical licensure*. Medical Council of Canada. Acad Med. 1998 Oct; 73 (10 Suppl): S97-9.
- 53- Doyle JD, Webber EM, Sidhu RS. *A universal global rating scale for the evaluation of technical skills in the operating room*. Am J Surg. 2007 May; 93 (5): 551-5; Discussion 5.
- 54- Martin JA, Regehr G, Reznick R, MacRae H. Murmaghan J, Hutchinson C, et al. *Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents*. Br J Surg. 1997 Feb; 84 (2): 273-8.
- 55- Pardell H. *Desarrollo profesional continuo, ¿de qué estamos hablando?* Ed Med. 2008; 11:53-56.
- 56- Bruguera Cortada M, Gual Sala A. *Retos del Desarrollo Profesional Continuado y la Regulación de la Profesión Médica* Ed Med. 2006; 9: 193-200.
- 57- Pardell H. *Acreditación de la formación médica continuada. Hechos y controversias*. Ed Med. 2006; 9: 201-206.

58- Pousatis et al. *Trends in applications for thoracic fellowship in comparison with other subspecialties*. Ann Thorac Surg. 2014

59- Hayes et al. *Lung transplant curriculum in pulmonary/critical care fellowship training*. Teach Learn Med. 2013;25(1):59-63.

60- D'Amico et al. *Incorporating research into thoracic surgery practice*. Thorac Surg Clin. 2011 Aug;21(3):369-77. doi: 10.1016/j.thorsurg.2011.04.004. Epub 2011 May 23.

61- Haponik et al. *Bronchoscopy training: current fellows' experiences and some concerns for the future*. Chest. 2000 Sep;118(3):625-30.