

## OPINIÓN

# EDUCACIÓN DE POSGRADO EN CIRUGÍA CON ÉNFASIS EN LA “IGNORANCIA ARTESANAL ESTRUCTURAL”

Dr. Enrique G. Bertranou

La educación de posgrado en cirugía, como en todas las especialidades que utilizan el sistema de residencias hospitalarias, tiene características comunes, a saber: aprendizaje a tiempo completo y dedicación exclusiva en el trabajo, con responsabilidad creciente y supervisión continua en un ambiente proclive a la investigación clínica.

La capacitación del cirujano en el marco de una residencia hospitalaria requiere el aprendizaje de un cúmulo de conocimientos científicos con actualización permanente. Además se hace indispensable el aprendizaje de la vertiente artesanal de la cirugía que implica el trabajo manual con punto de partida de la singular habilidad manual y creatividad heredada de cada futuro cirujano. Cuando se habla de conocimientos científicos no es necesario agregar comentario alguno. Cuando se habla de trabajo artesanal es necesario referirse a lo que describen los diccionarios de tres lenguas muy familiares. Artesano: persona que ejercita un arte u oficio meramente mecánico, *Real Academia Española, 2004. Artisan: travailleur manuel exerçant à son compte, Petit Larousse, 1980). Artisan: one trained to manual dexterity or skill in a trade, Webster's, 1971.*

Lo anotado hace pensar en el concepto de que la cirugía posee una vertiente científica y una artesanal. Parafraseando al pintor argentino Perez Celis, la vertiente científica avanza pero a la vez caduca: es necesario actualizarla constantemente. En la artesanía no se puede hablar de pérdida de vigencia. El arte es lo único que hace permanente al ser humano. Estos conceptos se pueden aplicar razonablemente a la cirugía.

La capacitación científica la realiza el futuro cirujano leyendo los mejores textos de la especialidad y además, con el concurso de Internet tiene la oportunidad de estar informado, con sólo días de retraso, de lo producido científicamente en el mundo. En ese sentido la *web* permite a los futuros cirujanos acceder a la ciencia en base a una igualdad de oportunidades.

Pero no ocurre lo mismo con el aprendizaje de la vertiente artesanal que no ofrece igualdad de oportunidades. El rendimiento científico del aspirante a la resi-

dencia de cirugía le permitirá ingresar a un servicio determinado que no será quizás el mejor ni el que dispondrá de artesanos cirujanos de alta calidad. Necesariamente aprenderá lo que un reducido número de cirujanos de la institución en la cual ingresó, puedan transmitirle. En este caso el postulado de igualdad de oportunidades no se cumplirá.

El aprendizaje de la artesanía de operar se realiza mirando e imitando los movimientos, las actitudes y gestos de los cirujanos docentes, hasta lograr un manejo artesanal propio y único que identifica al cirujano. Cuanto más y mejores cirujanos docentes estén al alcance de la mirada escrutadora del futuro cirujano mejor será la calidad artesanal de su trabajo cuando culmine su capacitación.

La vertiente artesanal es compleja y está poco sistematizada, de modo que precozmente el futuro cirujano va acumulando técnicas de manera anárquica y creyendo con toda ingenuidad que cada acto, gesto, movimiento, comportamiento y actitud del cirujano que está observando, es el correcto. Este proceso se refuerza por el hecho de que el cirujano docente exige al futuro cirujano que haga lo mismo que él para facilitar la delegación de funciones, lo que es lógico.

Una alternativa a la falta de igualdad de oportunidades en el acceso al aprendizaje de la artesanía quirúrgica es mantener en la institución un laboratorio de destrezas en el cual, entre otras funciones, los cirujanos del laboratorio deberán enseñar al novel cirujano los conocimientos técnicos y las manualidades básicas, ya consagrados por el tiempo como valederos. En base a este corto aprendizaje se debe tratar de que el residente se desenvuelva correctamente en un quirófano y adquiera sentido crítico. De ese modo estará preparado para captar la manera de realizar la artesanía quirúrgica por el limitado número de cirujanos a los cuales conocerá durante cuatro años. Lo anterior se debe realizar poco antes del comienzo de la residencia, cuando el futuro cirujano no ha adoptado aún malos hábitos quirúrgicos y se lo puede encauzar en el manejo de la artesanía quirúrgica básica.

A pesar del importante paliativo del laboratorio de destrezas que deja un bagaje de técnicas básicas, además del desarrollo del sentido crítico, ese esfuerzo no alcanza. Al final de la residencia el novel cirujano que-

dará con una "ignorancia estructural artesanal" porque estará convencido de que lo que vio y aprendió durante cuatro años es "la correcta manera de hacer las cosas". Esto de la "ignorancia estructural" está inspirado en el concepto de "pobreza estructural" del lenguaje político que pretende dar una explicación a un cierto tipo de pobreza diciendo que el niño que nace en una villa de emergencia, crece, no se educa adecuadamente, no tiene igualdad de oportunidades, llegando a la adultez convencido de que esa es la manera de vivir y de que el proceso se repetirá con sus hijos, manteniendo un círculo vicioso.

Al final de los cuatro años de residencia aparece una situación fundamental en la formación del cirujano. El egresado puede creer, ingenuamente, que todo lo que aprendió durante ese lapso es "como se debe hacer", cayendo en "la ignorancia artesanal estructural". En ese momento, al finalizar la residencia, los cirujanos docentes, el servicio en el cual el residente trabajó durante cuatro años y la institución deben favorecer el desplazamiento del joven cirujano a un servicio nacional o extranjero para ponerse en contacto con el trabajo artesanal de otros grupos quirúrgicos con el objeto de enriquecer su destreza quirúrgica en cirugías conocidas o en cirugías en las que nunca tuvo oportunidad de participar. Dicha estadía debería realizarse bajo ciertas condiciones:

1) Integrado al sistema, es decir, con funciones de residente como cualquiera de sus colegas del servicio elegido. Con esto se quiere expresar que no debe ir como "visitante" sino como integrado al trabajo clínico-quirúrgico del servicio.

2) En un servicio que muestre por lo menos una de las siguientes características: a) Servicio con abundante labor rutinaria de calidad, avalada por trabajos científicos elaborados y publicados, que describen los resultados quirúrgicos a largo plazo situándolo en una posición destacada dentro de la especialidad. b) Servicio creativo, es decir donde se están desarrollando técnicas y artesanías innovadoras para el tratamiento qui-

rúrgico. La creatividad es garantía de actualización en conocimientos y en tecnología, laboriosidad, inquietud científica y metodología en el trabajo.

3) El período de la estadía no deberá ser menor a seis meses: tres para adaptarse al medio (sobre todo si se trata de un servicio de lengua no española) y tres para sacar provecho de la experiencia.

Por el título del trabajo y por el énfasis colocado en el inicio y el final de la capacitación en cirugía, parecería ser que se olvidan los cuatro años de residencia. Todo lo contrario. Es en ese periodo cuando el residente en el cotidiano contacto con la enfermedad, los compañeros de residencia, los médicos de otros servicios, los enfermeros y los cirujanos docentes aprenderá progresivamente la ciencia y la artesanía de la cirugía. Todos en este proceso deben cumplir su misión. En lo referente al cirujano docente, que es responsable de la elección para el ingreso a la residencia, sabrá que el residente debe aprender bien y rápido, no para recibir funciones delegadas sino para avanzar precozmente a funciones cada vez más complejas, para desarrollar sentido crítico y para conocer la necesidad de la investigación clínica. El residente superior sabrá que debe transmitir los conocimientos rápidamente a sus jóvenes colegas de manera fácil y agradable, teniendo en cuenta la similitud etaria, sin pensar que están para realizar solamente tareas subalternas.

En resumen, la educación de posgrado en cirugía en el marco del sistema de residencias hospitalarias, debe comprender tres etapas complementarias. Durante la primera y antes de comenzar la residencia, el joven residente debe permanecer en el laboratorio de destrezas para adquirir las habilidades básicas y comunes para toda la cirugía. La segunda y más prolongada son los cuatro años de residencia tal como se la conoce actualmente, con el agregado de lo comentado en el párrafo anterior. La tercera es la estadía de 6 meses en un servicio nacional o extranjero de prestigio para no caer en la "ignorancia artesanal estructural".

