

Revista Argentina de **COLOPROCTOLOGÍA**

Publicación oficial de la
Sociedad Argentina de Coloproctología

Relato Anual 2018
Formación del Coloproctólogo



Coloplast®
Activa Plus
0800 777 7008

Comuníquese con nosotros
para que nuestro equipo de
especialistas le brinde
asesoramiento gratuito
a sus pacientes.



www.coloplast.com.ar

 /ColoplastAR

SenSura® Mio

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista Argentina de Coloproctología, órgano oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología se publica cuatrimestralmente en un volumen anual. Se considerarán para su publicación trabajos clínicos, experimentales, o de revisión, que estén relacionados con el campo de la Coloproctología y que a juicio del Comité de Redacción tengan interés para la Revista. Su reproducción total o parcial, una vez publicado, sólo será posible previa autorización del Comité de Redacción. Las opiniones vertidas en los mismos son de entera responsabilidad de los autores. La reproducción de cualquier artículo, tabla o figura debe contar con la autorización escrita de la publicación o el autor que posee el copyright.

Tipos de artículos:

Artículos de Revisión

Serán una actualización del conocimiento en temas controvertidos. Si son revisiones sistemáticas se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión. Si no lo son, la organización quedará a criterio del autor.

Artículos originales

Se comunicarán los resultados de estudios clínico-quirúrgicos y diagnósticos. Se organizarán en introducción, material y método, resultados, discusión y conclusión.

Notas técnicas

Subdividir las en: Introducción (indicaciones), método (descripción detallada del procedimiento), comparación con otros métodos, ventajas y desventajas, dificultades y complicaciones. No es imprescindible acompañarlas con un reporte de casos. Sólo citar las referencias bibliográficas pertinentes.

Reporte de casos

Una breve introducción debería presentar el tema y el propósito del trabajo. En general no es necesario usar secciones separadas en resultados, discusión, conclusiones, o resumen. No debería exceder de 250 palabras, con 2 ilustraciones y hasta 5 referencias bibliográficas.

Casos en Imágenes

Comunicación de un caso clínico mediante imágenes relevantes (macroscopía, microscopía, estudios por imágenes). Luego hacer un breve relato del caso clínico (datos de relevancia) y unas breves conclusiones al respecto del caso (Caso clínico, Conclusiones). No debería exceder de 250 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas.

Cartas al Editor

Serán referidas a los artículos publicados en la Revista y no deben exceder de una página, con hasta 5 referencias bibliográficas.

Investigación en Seres Humanos

Enviar la aprobación del Comité institucional de Ética actuante junto con el consentimiento informado. En investigación con animales también deberán ser controlados por el Comité Institucional de Ética.

Para consultar el reglamento completo:
www.sacp.org.ar/revista

Recuerde que los trabajos deben ser enviados **únicamente en forma on-line**
a través del formulario en nuestro sitio web.

Editores Responsables SACP
Sociedad Argentina de Coloproctología
Av. Córdoba 937 - Piso 3º - Of. 3 y 4, Buenos Aires | Argentina

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología

Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil

Revista Indizada en Latindex



COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Presidente	Carlos Miguel Lumi
Vicepresidente	Luis Zanoni
Secretario General	Fernando Serra
Tesorero	Rita Pastore
Secretario de Actas	Pablo Farina
Vocal titular 1°	Karina Collia Ávila
Vocal titular 2°	Alejandro Moreira Grecco
Vocal titular 3°	Alejandro Canelas
Vocal suplente 1°	Adrian Mattacheo
Vocal suplente 2°	Romina Bianchi
Vocal suplente 3°	Leonardo Salim
Órgano de Fiscalización	Mario César Salomón (<i>Titular</i>)
	Fabio Oscar Leiro (<i>Titular</i>)
	Alejandro Gutiérrez (<i>Suplente</i>)

La Revista Argentina de Coloproctología es publicada por la Sociedad Argentina de Coloproctología, Asociación Civil, Av. Córdoba 937 Piso 3°, oficinas 3 y 4, (C1054AAI) C.A.B.A., Argentina, +54 11 4322 9695. La suscripción para los miembros de la Sociedad Argentina de Coloproctología está incluida en la cuota societaria. Los trabajos científicos a presentar deben estar adaptados al Reglamento de Publicaciones. Las opiniones expresadas por los autores y anunciantes son a título personal y no representan necesariamente las de la Sociedad Argentina de Coloproctología o la de su revista. Registro de propiedad intelectual N° 64317.

Para más información dirigirse a www.sacp.org.ar

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología
Revista Indizada en la base de datos LILACS, Brasil
Revista Indizada en Latindex, UNAM, México

EDITOR

Néstor Marchetti
Hospital Privado de Rosario, Santa Fé

EDITORES ASOCIADOS

Hugo Amarillo
Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán

Ricardo Mentz
Hospital Italiano, Buenos Aires

Maximiliano Bun
Hospital Alemán, Buenos Aires

Rubén Miravalle
Centro Privado de Coloproctología, Buenos Aires

Mariano Cillo
Hospital Británico, Buenos Aires

Marcelo Pollastri
Hospital Privado de Rosario, Santa Fé

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano, Buenos Aires

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Mariano Laporte
Hospital Alemán, Buenos Aires

CONSEJO ASESOR

Jorge Hequera
Sanatorio Dupuytren, Buenos Aires

Emilio Pollastri
Universidad Nacional de Rosario, Santa Fé

Jorge Rodriguez Martin
Clínica Modelo de Lanús, Buenos Aires

COMITÉ CIENTÍFICO

José Devesa Mugica
España

Alessio Pigazzi
EE.UU.

Rodrigo Oliva Pérez
Brasil

Steven Wexner
EE.UU.

Andrew Zbar
Israel

El objetivo de la Revista de la Sociedad Argentina de Coloproctología es facilitar un ámbito de discusión académica, opinión, intercambio y comunicación entre sus miembros y otras sociedades científicas nacionales e internacionales, priorizando la divulgación científica y publicación de datos e información de la patología colorrectal.

Diseño y diagramación: Visión Producciones: Sergio Epelbaum, Laura Mizzau, Nehuén Hidalgo, Cynthia Pacheco, Antonella Tiezzi y Soledad Palacio

www.visionproducciones.com.ar - info@visionproducciones.com.ar



El sistema **V.A.C.® Therapy** ha revolucionado la forma en la que los profesionales sanitarios tratan las heridas complejas.



RÁPIDO

Prepara el lecho de la herida el doble de rápido.



RENTABLE

Reduce en un tercio los costos de tratamiento.



SERVICIO

Asesoramiento y servicio técnico completos dedicados al cliente.



EFICAZ

Un 71% más eficaz en la reducción del área de la herida.



CALIDAD DE VIDA

Mejora considerablemente la calidad de vida del paciente.



CLÍNICAMENTE PROBADO

Más de 450 artículos revisados por expertos publicados hasta la fecha.



Relato Anual 2018

Formación del Coloproctólogo

43° Congreso Argentino de Coloproctología 2018

Buenos Aires – Argentina

Diciembre 2018

Relator: Dr. Jorge Font Saravia

Miembro del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM),
de la Academia Nacional de Medicina.

Miembro del Comité de Acreditación y Evaluación de las Residencias
de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correlator: Dr. Vicente Dezanzo

Jefe del Servicio de Coloproctología del Complejo Hospitalario Churruca - Visca.

Miembro del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM),
de la Academia Nacional de Medicina.

Agradecimientos

Cuando en el año 2016 el Dr. Jorge Latif, Presidente de la SACP en ese entonces, me comunicó que se me había designado Relator del Congreso Argentino de Coloproctología del año 2018 en el tema “Formación del coloproctólogo”, sentí una gran emoción y un gran honor. Sentí que podía contribuir a nuestra Sociedad en el tema sobre la formación del coloproctólogo, por los largos años en que había desarrollado mi actividad como integrante del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia de Medicina, como así también como integrante del Comité de Acreditación, y de Evaluación de las Residencias de Coloproctología de nuestra Sociedad.

Un agradecimiento muy grande guardo en mi memoria por mi paso de la Residencia de Cirugía de la 3ª Cátedra de Cirugía del Policlínico de San Martín “Mariano Castex”, donde recibí mi formación como cirujano general, y cuyos jefes de Servicio los Dres. Aníbal Introzzi, y luego el Dr. Jorge Manrique, me enseñaron el arte de la cirugía, como así también a valorar el sentido de la relación médico-paciente.

Luego, mi paso por el Hospital de Gastroenterología, y de cuyo Jefe de Servicio, el Dr. Adolfo Rey, aprendí los secretos de la cirugía gastroenterológica.

Pero fue allí, donde conocí al Dr. Alfonso Marcelo Fraise, quien me hizo volcar mi dedicación exclusiva a la Coloproctología, y aprendí de él el delicado y verdadero sentido del examen coloproctológico.

Agradezco el apoyo permanente de mi familia en toda esta etapa, y un agradecimiento muy especial para el Dr. Jorge Neira, Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, quien nos ha brindado sugerencias muy valiosas para este Relato.

Finalmente, quiero agradecer a mi gran amigo y Correlator de este Relato, el Dr. Vicente Dezanzo, con quien he compartido largas y felices horas, codo a codo, en la realización del mismo, porque tanto él como yo hemos querido contribuir al engrandecimiento de nuestra querida Sociedad y aportar nuestra experiencia.

Dr. Jorge Font Saravia

REVISTA ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

ÍNDICE

RELATO ANUAL 2018: Formación del coloproctólogo

Relator: Dr. Jorge Font Saravia

Correlator: Dr. Vicente Dezanzo

- 1 **CAPÍTULO 1**
Introducción
- 3 **CAPÍTULO 2**
Etapas
- 4 **CAPÍTULO 3**
Evaluación del Estado Actual de la Educación en Argentina
- 5 **CAPÍTULO 4**
Pregrado
- 7 **CAPÍTULO 5**
Cirugía
- 11 **CAPÍTULO 6**
La Coloproctología Como Especialidad
- 14 **CAPÍTULO 7**
La Coloproctología en el Exterior
- 16 **CAPÍTULO 8**
Sistema de Enseñanza Postbásica en Argentina
- 17 **CAPÍTULO 9**
Perfil Profesional del Médico en Coloproctología
- 20 **CAPÍTULO 10**
Consideraciones entre el Paciente y el Coloproctólogo
- 23 **CAPÍTULO 11**
Situación Actual de la Enseñanza de la Coloproctología en Argentina. Residencias
- 28 **CAPÍTULO 12**
Coexistencia de Otros Sistemas de Formación
- 32 **CAPÍTULO 13**
Calidad en la Formación del Coloproctólogo
- 35 **CAPÍTULO 14**
Certificación y Rectificación
- 37 **CAPÍTULO 15**
Conclusiones

CAPÍTULO 1

Introducción

Se nos ha encomendado la difícil tarea de encontrar la forma más recomendable para la formación de un coloproctólogo. En los primeros párrafos de esta búsqueda se debe aclarar que nuestro país carece de una base sustentable de formación de postgrado en todas las especialidades médicas.

Como expreso gráficamente el Dr. Andrés Santas “el ámbito de formación de postgrado, a diferencia del pregrado, no tiene propietario único y pertenece por igual a la Autoridad Sanitaria, a la Universidad y a las Sociedades Científicas de las Especialidades Médicas y Quirúrgicas”. Incursionan además por él los Colegios Médicos de Ley, las Universidades Privadas, los efectores de la medicina prepaga, y aun las obras sociales.

Por estas y otras circunstancias los sectores responsables no quisieron o no pudieron integrarse en una tarea común y por el contrario pretendieron imponerse unos a otros, aislarse o dispersarse repitiendo cíclicamente los mismos errores y manteniendo al sector en crisis permanente.

Por este motivo, en la actualidad se carece de un marco de referencia indispensable, que debiera darle una política de estado coherente de salud-educación extendida en forma similar a todo lo largo y todo lo ancho del país.

Es ésta una crisis crónica que ocupa los últimos cuarenta o cincuenta años de nuestro país y que solo puede ser revertida por una acción ordenada y organizada de las áreas nacionales y provinciales responsables de la salud pública, unidos todos en una tarea común, intercambiando roles y funciones sin tratar de imponerse unos a otros, sino más bien interactuando con el fin de lograr el bien común, a saber:

- a. El Estado, mediante una acción coordinada y mancomunada entre el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de Salud de todas las Provincias, quien debe proveer el marco indispensable de planeamiento, monitoreando el potencial humano médico en cuanto a control de calidad, cantidad y distribución territorial, garantizando de esta manera una asistencia médica similar a lo largo y ancho del país (se debe saber qué es lo que se quiere).
- b. La Universidad satisfaciendo el requerimiento en cantidad y calidad en su línea de producción (se debe saber cómo se quiere). Esta es su función, la de proveer cantidad regulada, calidad controlada y auditada, que garantice la excelencia en el pregrado. Estas son condiciones fundamentales e imprescindibles en esta primera etapa de formación del médico y de ellas dependerá el futuro del profesional graduado, cualquiera sea la disciplina que él habrá de elegir.

- c. Las Sociedades Científicas optimizando el material recibido en sus áreas respectivas, mediante programas de formación de postgrado y postbásicos de calidad, acreditados y auditados por sus pares y las autoridades sanitarias, de similares contenidos en todo el país, que garanticen la regulación en cuanto a cantidad y calidad de sus especialistas y su equitativa distribución territorial.

Este proceso exige obligatoriamente, incluir la regulación del número de estudiantes universitarios adecuando los egresos a las necesidades del país, a las posibilidades laborales y obviamente a las vacantes de las áreas de formación (las Residencias). Todo ello con un control estricto y experimentado de calidad en todos los niveles, responsabilidad exclusiva de los pares: de cada uno de nosotros, de cada Sociedad Científica y de las Instituciones Rectoras de la Medicina y del cuidado de la salud de la población.

Datos de la Dirección General de Estadística y Censos del año 2010, revelan que en el citado año en la esfera estatal, cursaban Medicina 186.210 estudiantes, había 11.654 nuevos inscriptos y 4.616 egresados, mientras que en el ámbito privado había 9.752 estudiantes, nuevos inscriptos 1.842 y 933 egresados. Con estas cifras en nuestras Universidades cursando la Carrera de Medicina y con el excesivo número de médicos que anualmente se gradúan, es imposible pensar en alguna planificación.

En el momento actual todos los esfuerzos (y los hay por parte del Ministerio de Salud de la Nación, por la Academia Nacional de Medicina mediante el CCPM (Consejo de Certificación de Profesionales Médicos), ACAP (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria), y las Sociedades Científicas pertenecientes al CCPM, preocupados por la situación, resultan utópicos y no pasan de ser meras expresiones de buenos deseos.

La sociedad deberá tomar conciencia de esta situación y analizar los factores que afectan estos sanos propósitos, ya que ella es la primera perjudicada en este desorden.

La sociedad deberá corregir y encauzar las pautas culturales, la ausencia de control de calidad del proceso de formación, la excesiva burocracia, el estado financiador políticamente sin planeamiento, la Universidad alienada con egresos inmanejables, la dispersión de las sociedades científicas, los colegios médicos de ley con funciones académicas y certificantes, las instituciones formadoras anacrónicas no auditadas ni acreditadas que ofrecen falsas soluciones mágicas, la distorsión e inequidad de los programas de especialización, la falta de compromiso de quienes asumen la

responsabilidad de la formación sumada a la politización de los claustros.

Entre las problemáticas señaladas se observa la ausencia de un marco de referencia común, que defina con claridad las características y alcances del sistema de formación y contribuya a adoptar decisiones, intervenir en la resolución de problemas y definir orientaciones futuras.

Como fue dicho, es la sociedad quien debe asumir la responsabilidad de encausar este proceso y orientarlo hacia un ámbito de seriedad, calidad y responsabilidad. Está en juego la calidad de la atención médica de sus integrantes y esos integrantes somos nosotros. De no hacerlo deberemos prepararnos para asumir y responsabilizarnos de las consecuencias, las cuales ya estamos padeciendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Las Residencias Médicas. Su papel en la educación de postgrado. Documento ACAP. Vidal, H.; Silverman, F; Aguilar Guiraldez, D; Manrique, J.; Pradier, R. Año 2010.
2. Santas, A. Problemática de la educación médica. Rev. AMA 1979; Sept-Oct; 146-152.
3. Iribarren, C; Lange, W. Evaluación de la educación médica de postgrado. Rev. Arg. Cirug. 1997; 73; 54-63.
4. Manrique, J., Formación del médico. Rev. AMA. 1981; (Dic.); 153-158.
5. Hallu, R. La UBA y el ingreso directo. Diario La Nación 21/12/2008 Pag.17.
6. Coneau. Procedimientos y solicitud de acreditación de especialidades en ciencias de la salud. Bs.As. octubre 1997.
7. Agrest, A. La acreditación de programas educacionales. IX Seminario de programas educacionales del CCPM. Academia Nacional de Medicina. Bs.As. 4/11/97 Pag.184- 190.
8. Gutierrez, V. La mala praxis vista por un cirujano. VII Seminario sobre mala praxis y certificación profesionales del CCPM. Academia Nacional de Medicina. Bs. As. 05/08/97 Pag. 94-123.
9. Dirección General de Estadística y Censos 2010.

CAPÍTULO 2

Etapas

Kant en sus “Lecciones de Lógica”¹ resumía el campo de la filosofía en sentido mundano en estas cuatro cuestiones:

- ¿Qué puedo saber? (conocimiento).
- ¿Qué debo hacer? (ética).
- ¿Qué puedo esperar? (religión).

Y todas éstas confluyen en la pregunta ¿Qué es el hombre?, que trata la Antropología.

Nuestra pregunta en este momento, de vital importancia es: ¿Qué es ser coloproctólogo? ¿Qué es nuestro ser de especialista en Coloproctología?

Consideramos que más que preguntarnos qué es el hombre, la pregunta más apropiada sería ¿Quién es el hombre?, es decir alguien concreto, que vive en un momento puntual, inscripto en un marco histórico.

Las distintas etapas del coloproctólogo las podemos iniciar: en el hombre, como ser antropológico; luego en el médico, que se ha recibido; el que ha pasado por una formación en cirugía; y finalmente cuando culmina su formación como especialista en coloproctología. Todas estas etapas son importantes para la etapa final que estamos considerando, pues de los cimientos dependerá la solidez de una casa.

Los seres humanos no tenemos naturaleza. Naturaleza tiene la piedra, el animal, la planta. Una piedra será siempre

piedra sin variaciones. El hombre, en cambio, tiene historia. Si no enmarcamos al hombre dentro de un contexto histórico, lo concebimos como un ente abstracto y no concreto, es decir un ser irreal. Por eso hemos elegido al título de este relato como “Formación del Coloproctólogo”, y no “Formación en Coloproctología”.

El sentido primario de la vida no es biológico sino biográfico. Es decir de una realidad que incluye entre sus caracteres al ser biográfico, esto es, acontecer de tal forma que se puede contar o narrar.

La vida es una operación que se hace hacia adelante. El hombre es futurizo: orientado hacia el futuro, proyectado hacia él. El pasado es algo que no está, que ya fue. El presente no lo podemos asir, se nos escapa como arena entre los dedos, es el futuro sido, todas éstas, definiciones geniales de Ortega y Gasset.

En igual sentido piensa Pascal. En su libro Pensamientos (1670) afirma: “no pensamos casi nunca en el pasado, y cuando lo hacemos es sólo para ver que luz nos proyecta en los planes futuros”.

Vivir es hacer algo con las cosas, es algo que acontece, una realidad dramática, dinámica.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Kant, Emmanuel. Lógica, Introducción. Ediciones Akal, 2001.
2. Ortega y Gasset, Jose. Obras Completas. Alianza Editorial 12

vols., Madrid. Primera edición en Alianza Editorial: 1983, Tercera reimpresión en Alianza Editorial: 1993.

CAPÍTULO 3

Evaluación del Estado Actual de la Educación en Argentina

Si trazamos una línea progresiva en la formación del coloproctólogo, debemos antes analizar seriamente que base educacional trae el aspirante antes de su ingreso a la Facultad de Medicina, evaluar luego su grado de capacitación una vez recibido como médico y finalmente su riqueza teórica y académica, su formación y entrenamiento como residente en cirugía que lo habilita a ser cirujano como especialista.

En quien recibimos como aspirante a coloproctólogo deberemos además analizar con anterioridad aspectos personales, como su presencia, su vestimenta, su aseo, su lenguaje, su educación, sus lógicas aspiraciones todas ellas en aras de jerarquizar en él un orgullo por todo lo logrado, pero por sobre todo por quien se es, un médico, un universitario.

Todo esto debe ser evaluado y analizado exhaustivamente, antes de la aceptación de quien viene a nosotros con la intención de su formación como especialista, con un criterio de bonhomía, no exento de rigurosidad y respeto, por sobre todas las cosas, para evitar sorpresas.

Estas sorpresas no deberemos buscarlas, se habrán de presentar solas.

El 26-5-17 fue publicado por el Ministerio de Educación

de la Nación los resultados de la prueba “Aprender” en cada provincia de la Argentina.¹ El 70,2% de los alumnos de quinto y sexto año no pueden resolver problemas sencillos de matemáticas y el 46,4% saben leer, pero no comprenden textos básicos. En el área de Ciencias Naturales, el 36,3% tuvo el rendimiento más bajo. Mientras que en Ciencias Sociales esta cifra fue del 41,1%.

Estas pruebas fueron realizadas durante el año 2016 en casi 31.000 escuelas públicas y privadas. En total se examinaron 963.470 alumnos de 6ª grado de primaria y de 5ª o 6ª año de secundaria.

En la escuela primaria, donde se evaluó sólo Matemáticas y Lengua, fue en Lengua donde se produjeron los peores resultados, donde sólo el 66,8% de los alumnos comprende los sentidos básicos de los textos, mientras que el 41% tiene serios problemas para desarrollar cálculos.¹

Las grandes desigualdades que existen en las provincias revelan que más del doble de los estudiantes del centro del país, obtienen mejores resultados en Matemáticas que en el norte.²

En general los resultados han sido preocupantes para el Ministerio de Educación y nos llama a la reflexión a todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.infobae.com/tendencias/2017/3/21/pruebasaprender-dramatico-diagnostico-sobre-la-educacion-argentina
2. www.lanacion.com.ar/20029731-pruebas-aprender-se-conocio-el-resultado-de-cada-provincia

CAPÍTULO 4

Pregrado

Cuando uno elige seguir una carrera, por ejemplo Medicina, lo hace en teoría por la llamada vocación. Etimológicamente viene de la palabra latina vocare, una voz que nos llama a seguirla. Es una cuestión de gusto, de afición.

Las “carreras” son esquemas sociales de vida donde, en el mejor caso por vocación y libre elección, el individuo aloja la suya. Pero cada carrera tiene características particulares y esenciales no siempre conocidas en su totalidad por el aspirante.

Pero ¿que nos dicen las estadísticas de Argentina sobre la deserción universitaria?¹ En los últimos años se repiten las mismas cifras: sólo 30% de los que inician una carrera universitaria llegan a graduarse, lo que significa una penosa suma de tiempo, esfuerzos y dinero que se pierde o aprovecha parcialmente, tanto desde el punto de vista de la Universidad, como a su vez del estudiante y de su familia.

Por eso cuando se habla que es la vocación la que orienta la elección de las carreras, esto debe ser tomado con cautela por cuanto existen grandes falencias en este sentido.

La mitad de las decisiones de abandono se adoptan en el primer año de estudio, llegando en algunos casos hasta 50%. Evidentemente la vocación en ellos, no era tan real.

Para reducir esta deserción, además de promocionar informaciones sobre necesidades laborales en el país y estimular aquellas carreras con mayores requerimientos, deberían implementarse como obligatorias políticas de orientación vocacional, aludidas estas en la ley federal de educación (artículo 43, inciso d) como derechos de los alumnos.

Los aspirantes a una carrera universitaria como sus familias deberían informarse adecuada y correctamente, no sólo de los títulos y planes de estudio de esa carrera sino a su vez de su campo profesional, sus incumbencias, su aplicación práctica y los requerimientos laborales para la inserción posterior a su graduación y de esta manera evitar frustraciones.

La deserción universitaria en Argentina es más evidente, cuando se la compara con algunos países latinoamericanos, como Colombia o Chile.² En Colombia ingresan en la Universidad 150.000 estudiantes por año, casi la mitad de los de Argentina, pero se gradúan la misma cantidad o más que en nuestro país: unos 79.000 por año. En Chile, con un tercio menos de ingresantes, egresan cada año 38.000 universitarios.

Otro factor a tener en cuenta en la Argentina es que nuestros estudiantes tardan en promedio 57% más de lo esperado para completar sus carreras, en el caso extremo de Agronomía llega al 80%.

En una comunicación de la Facultad de Medicina de la UBA³ se enumeran diversas causas de los estudiantes que alteran el normal desenvolvimiento:

- Dificultades en el proceso de adaptación al sistema universitario. El CBC aparece como necesario pero no suficiente.
- Confusión a la hora de tomar decisiones durante el trayecto normativo.
- Falta de orientación y/o contención institucional.
- Condiciones de vida obstaculizadoras para el rendimiento académico, pero de fácil solución cuando se pueden ver o tomar conciencia.
- Desarraigo cuando vienen de otras provincias o países.
- Inmadurez.
- No poder diferenciar el quiero del puedo.
- Situaciones personales no resueltas.
- Enfermedades propias y/o de familiares convivientes.
- Necesidad de estabilización económica. Carga familiar.
- Carga horaria de trabajo. Distancia entre la vivienda, el trabajo y la facultad.

Asimismo fueron enumeradas algunas dificultades con el estudio:

- Volumen del contenido.
- Estudiar exclusivamente para los exámenes.
- No hay tiempo y/o hábito de estudio en grupo.
- Dificultades con las pruebas estructuradas. Dificultades para rendir examen oral.
- Estudiar de memoria y por apuntes.
- Organización del tiempo.
- Desconocimiento del reglamento y consecuente construcción de estrategias inadecuadas para su organización de las cursadas y exámenes.

Respecto de las fallas que se observan en la metodología de estudio para un nivel superior, habría que atribuirlo a la debilidad de la escuela media y de sus alumnos, que a menudo llevan a conductas displicentes y deficientes hábitos para encarar una futura tarea con la exigencia del nivel universitario.

La combinación del estudio con las obligaciones laborales en un número elevado de alumnos, unidos a una educación primaria y media deficientes en general, son algunos factores que influyen en el abandono de la carrera.

Contribuye a esta nómina de factores la escasa dedicación, compromiso y profesionalismo de los docentes, en su gran mayoría mal pagos o ad-honoren por años con planes de estudio, programas y métodos didácticos totalmente desactualizados.

Se asocian a estas falencias una Universidad alienada con ingresos no regulados e inmanejables, superpoblada, politizada con luchas intestinas irreconciliables sin relación con la problemática universitaria. La política debe desarrollarse en otros ámbitos no en el universitario. La función primaria de la Universidad es la organización del pregrado. Se va a ella a estudiar y a formarse para ser útil a una sociedad que la sostiene a la espera que ella produzca mejores profesionales que le resuelvan los problemas más complejos y

delicados para los cuales se han preparado.

Deberíamos considerar además otras falencias de la carrera de medicina:

- Admisión de alumnos no controlada.
- Falta de un sistema de seguimientos de graduados.
- No hay interrelación de una planificación entre los requerimientos del país y la sociedad.
- Deficientes sistemas de evaluación.
- Escasez de recursos humanos y materiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.lanacion.com.ar/2140932-universidad-publica-solo-30-de-cada-100-alumnos-completan-sus-estudios
2. www.lanacion.com.ar/794146-preocupante-desercion-universitaria-3-4-2006
3. www.fmed.uba.ar/facultad/gobierno/Julio/news_julio_html/5-11-2017

CAPÍTULO 5

Cirugía

Como ya fue mencionado, cuando se habla de la formación del coloproctólogo, antes de llegar a ella, tuvimos que haber atravesado al pregrado y la formación quirúrgica, ya que la Cirugía es una etapa indispensable en este camino a recorrer. La del coloproctólogo es una formación postbásica a la quirúrgica.

Sin duda, el tema de la formación del cirujano es una preocupación permanente y prioritaria por las autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía y del CCPM y esto se evidencia en las numerosas publicaciones sobre educación médica y formación del cirujano en los últimos años, y sobre todo en los numerosos temas de los Relatos de los Congresos de Cirugía de los últimos 20 años referentes a las modalidades aconsejadas para lograr esta excelencia.¹⁻²⁷

Afortunadamente hemos encontrado en dichos Relatos sobre la formación quirúrgica, y sobre todo en la residencia en Cirugía, notas valiosas sobre sus ventajas, su mecanismo y todos los factores que hacen de la formación quirúrgica, factores valederos en nuestra apreciación, así también como sus falencias.

En ellos hemos percibido una profunda preocupación por el mantenimiento de la calidad en la formación del cirujano y fundamentalmente de su sistema educativo, la Residencia.

Sin dudas, el espiral de mediocridad que arrasó con nuestra sociedad y su educación en los últimos años, ha afectado la formación del médico y con él, en el área quirúrgica, se ha comprometido seriamente el ideal perseguido en la calidad del producto final, el cirujano.

En los últimos años se ha notado un deterioro en la calidad en la formación final del residente asociado a un relajamiento en el cumplimiento de las pautas programáticas y fundamentalmente en la reducción del número de acreditaciones de los centros responsables. Según el relato de Ortiz, del año 2016, solo el 24,5% de las Residencias en Cirugía existentes en el país en el citado año (173 en total) se hallan acreditadas por la AAC y el Ministerio de Salud.²⁶

Si destacamos la importancia de la residencia en cirugía, es porque hay unanimidad de criterios mundiales de que es la forma más idónea y de excelencia para la formación del cirujano. Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de formación que este sistema ofrece en comparación a otras alternativas.

Como muy bien dijo Valenzuela⁷ en su relato: “Si bien no constituye el único medio de acceder a la especialidad hay unanimidad en aceptar que el mejor sistema de educación para graduados es la residencia. Es el método de

aprendizaje más idóneo de formación de profesionales en un tiempo determinado con asesoramiento y supervisión permanente”.

La residencia en cirugía configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no solo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real.

Estos diferentes puntos a considerar en la formación en una residencia, nos hace reflexionar que la misma en una residencia en cirugía tiene que cumplir con ciertos requisitos. En forma prioritaria debe ser planificada, organizada y ordenada además de estar evaluada y acreditada por sus pares, a través de la Sociedad Científica de la Especialidad seria, competente y reconocida.

Según el Documento Marco de las Residencias del Equipo de Salud redactado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, las residencias comparten los siguientes propósitos:²⁸

- Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajos.
- Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través de desarrollo de marcos interpretativos y éticos.
- Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.
- Generar espacios para la investigación como práctica necesaria para la formación.

Para que estos propósitos puedan cumplirse es necesario contar con un programa de formación auditado, actualizado y que jerarquice la calidad de la enseñanza, a fin de mantener ordenado el proceso.

Valenzuela, en su Relato del Congreso de Cirugía (2013), menciona como objetivos o necesidades esenciales la selección de los postulantes; la importancia de la entrevista personal; la formación ética y moral; la formación teórica, docente y académica; la formación científica y de investigación.

La conocida pirámide de Miller (fig. 1) ilustra conceptualmente los distintos pasos en la formación del cirujano: en la base están los conocimientos, es decir el saber; más arriba la competencia, es decir el saber cómo; siguiendo hacia la punta de la pirámide está el desempeño, es decir el mostrar cómo, y finalmente en lo más alto de la pirámide la acción, que es el hacer.

Figura 1: Pirámide de Miller.⁷

Es importante destacar que los diversos relatos de los congresos de cirugía y comunicaciones, destacan los principales temas de la formación, educación continuada del médico cirujano y de la organización en general de los distintos centros de formación.

La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud. Resultan insuperables las condiciones de aprendizaje que ofrece el contacto cotidiano directo con colegas, pacientes y otros profesionales del equipo de salud en un ámbito de trabajo real.

La dinámica de trabajo grupal es una de las características ventajosas de la residencia (Schijvarger).¹³

La calidad de la capacitación del cirujano en formación dependerá de sus cualidades innatas, del centro acreditado donde desarrollará su aprendizaje, de sus planes de enseñanza, de la prolijidad de su práctica quirúrgica y de las exigencias de las evaluaciones sobre su progreso.

Los programas de enseñanza deben ser evaluados mediante auditorías externas periódicas realizadas por pares a través de la participación de las instituciones científicas de la especialidad debidamente reconocidas. Los Servicios formadores deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria correspondiente y formar parte de unidades docentes hospitalarias coordinadas por el Departamento de Docencia e Investigación.

Según Luis Gutiérrez:¹⁰ “La educación médica continuada son todas las actividades que ayudan al médico a mantener, desarrollar y aumentar su labor profesional en forma más efectiva y eficiente”.

Por este motivo, además de la calidad de la residencia debemos contemplar la certificación y la recertificación como una muestra que el cirujano en actividad se mantiene actualizado.

Todos estos conceptos de la formación médica, como lo es la idea de la vida misma: la vida no está hecha, terminada, gramaticalmente un participio perfecto, sino un gerundio, un haciendo, parafraseando a Ortega.

Según la opinión de Moirano:¹¹ “En relación a la enseñanza de postgrado, es una necesidad imperiosa definir con

precisión el perfil del futuro cirujano, y con ello unificar los objetivos y metodologías de aprendizaje y evaluación a aplicar en cualquier servicio del país, que posea programas de residencia”.

Para comprender bien cuál es la evolución final de la residencia en cirugía, tenemos que ser conscientes que si estadísticamente al terminar la residencia alrededor del 75% siguen una subespecialidad, esto significa que la residencia en cirugía es un paso, en general, a otras especialidades quirúrgicas, lo que nos obliga a pensar el rol de la cirugía en la planificación.

Martínez Marull,¹ en su Relato, pone énfasis en la acreditación de carreras de Medicina en el país, pues permite desarrollar la cultura de la evaluación, reducir la poca claridad del sistema médico educativo y permite que se pueda controlar la revisión de los procesos educativos para mejorar la calidad.

Sin embargo, la mayor ventaja del sistema de residencia que es el aprendizaje en su lugar de trabajo, constituye también su principal riesgo: si no se define con claridad un Programa de Formación que establezca cuales son las actividades en las que el residente tiene que participar, su ordenamiento y condiciones generales para su desarrollo, el aprendizaje sistemático puede diluirse detrás de la intensidad del trabajo cotidiano. De esta manera se convierte en mano de obra barata con mucha tarea práctica y mínimo soporte académico.

Es importante hablar de la organización para una educación médica adecuada de la residencia, pero también es importante destacar las falencias que se han encontrado a lo largo del proceso.

Valenzuela en el Relato del 2013 destaca las siguientes falencias:

- Problemas ocultos como maltratos durante la capacitación de médicos residentes.
- Remuneración económica insuficiente.
- 45% hacen tareas extra residencias para poder solventarse.
- 28% de las residencias no están en programas universitarios.
- 30% de las residencias no están acreditadas.
- 74% de los residentes hacen su residencia en cirugía como paso previo a una subespecialidad.
- 52% no hacen simulación.
- Formación ética mínima. Formación académica, docente, científica e investigación: limitada.
- Principal sistema evaluatorio es escrito y oral cada 6 meses y anualmente.
- La evaluación y acreditación de los programas es voluntaria.

La experiencia recogida en esta encuesta es importante porque el coloproctólogo es heredero en su historia pasada

como cirujano.

Según Schijvarger,¹³ la capacitación del cirujano no sólo debe atender a la competencia quirúrgica y a los conocimientos médicos, sino también debe abarcar áreas de competencia profesional que incluya al paciente y las habilidades propias de comunicación y de gestión. Esta práctica se tiene que basar en el aprendizaje y el perfeccionamiento permanente.

Los programas deben ser sometidos a la evaluación por auditoría externa a través de instituciones científicas idóneas. Además, deben seguirse de acuerdo a una metodología docente apropiada.

La acreditación de los servicios que forman debería ser una condición indispensable.^{29,30}

Así como el residente recibe una cierta formación mediante las enseñanzas, habría que pensar también en el profesional que colabora y transmite estas enseñanzas al residente, y por consiguiente habría que pensar también en la formación docente.

Un problema que hay que atender es la de aquellos cirujanos que actúan en un medio rural. El actuar de estos cirujanos y el perfeccionamiento de sus habilidades tienen sus límites.

El problema del cirujano rural lo tratan en su Relato al Congreso de Cirugía del 2010 Eduardo de Luca y Ariel Moscardi.⁴ Resaltan el hecho de que en nuestro país las políticas sanitarias son desiguales por falta de presupuesto o hay gastos evitables y disparidad en la distribución de los recursos humanos y tecnológicos.

En realidad, dicen los autores, no existe un cirujano rural, sino un cirujano general que tiene destrezas y capacitaciones, logradas a través de los distintos sistemas de formación. Por lógica consecuencia, el cirujano rural (general) abarca más áreas y subespecialidades que un cirujano urbano.

Como dato interesante referido en una encuesta, 80% de los residentes de cirugía no tienen interés en residir en una zona rural.

Los interesados en actuar en zonas rurales, por consiguiente, deberían aumentar su formación quirúrgica en temas generales.

Nuestro país tiene poco más de 10% de la población en áreas rurales y 80% vive en las grandes ciudades y que sumados representan el 1% del territorio nacional.³¹

La Argentina es uno de los países con mayor número de

médicos por habitante en el mundo: 330 habitantes por médico. La ciudad autónoma de Buenos Aires cuenta con 86 habitantes por médico y el Chaco tiene casi 1000 habitantes por médico.⁴

Se debería evaluar estas estadísticas para actuar y poder manejar estas cifras que son de vital importancia, no sólo para el Estado, sino también para las universidades, asociaciones científicas, colegios médicos, etc., pero esto es una deuda pendiente de nosotros los argentinos para nuestro país.

Schijvarger¹³ en su Relato de 2004, informa que existen 130.000 médicos en Argentina, con crecimiento anual del 5%, cuando la población crece al 1.5%.

Simulación: Mc Cormack⁷ en su Relato del 2013, introduce un nuevo concepto en el aprendizaje de la cirugía con referencia a la simulación y la posibilidad de evaluación más eficiente en la formación del cirujano en el siglo XXI.

El concepto básico de la simulación en cirugía, es que el residente que debe adquirir las maniobras quirúrgicas básicas y complejas durante su proceso formativo. Éstas no deberían comprometer las normas básicas de la ética y seguridad del paciente.

Tradicionalmente los programas de residencias usaron al quirófano como campo de enseñanzas de la cirugía.

La metodología de la simulación es usada habitualmente en el entrenamiento de atletas de alto rendimiento deportivo, pilotos de avión, entrenamiento en situaciones de guerra, etc.

Según este autor, las ventajas de la simulación son numerosas. Por ejemplo: aceleramiento de la curva de aprendizaje inicial de la técnica quirúrgica; el ambiente en que se realiza la simulación ofrece un ambiente seguro para la práctica de una determinada técnica quirúrgica y restando trascendencia a los posibles errores; se crea una oportunidad para la evaluación y el feedback durante el aprendizaje y permite corregir las fallas en la coordinación entre los integrantes del equipo, entre otras ventajas.

Existen una amplia gama de simuladores. Éstos van desde modelos de alta fidelidad como los animales o cadavéricos, hasta simuladores de realidad virtual. Los modelos que se utilizan actualmente en medicina son: modelos sintéticos (cirugía de banco y video-box trainers); modelos animales o de cadáveres humanos; simuladores de realidad virtual, y el quirófano virtual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Marul, A; Fernandez, C. La acreditación de carreras de Medicina en la República Argentina, Rev. Argent.Cirug., 2004; 86(5-6): 228-245.
2. Apestegui, C, Donadei, G, Larrañaga, CR. Evaluación de la calidad de atención de un Servicio de Cirugía, Rev. Argent. Cirug. 2001;80.
3. Manrique, JL; Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. Relato oficial 2006, Congreso Argentino de Cirugía.
4. Deluca, E; Moscardi, J A. El Cirujano Rural. Relato oficial 2011, Congreso Argentino de Cirugía.
5. Ortiz, Frutos E. El estrés del cirujano. Comunicación. Rev. Arg. Cirug., 2006; 90(5-6):211-222.
6. Montesinos, M R. Enseñanza de Cirugía basada en competencias en el pregrado de Medicina. Rev. Arg. Cirug. 2013; 104(2):77-85.
7. Mac Cormack, L; Valenzuela, C H. Entrenamiento y evaluación del cirujano en formación. Relato oficial 84º Congreso Argentino de

- Cirugía 2013.
8. Ferreres, AR. Error en Cirugía. Relato oficial Congreso de Cirugía 2009.
 9. Sttati, M A. Organización, funciones y gerenciamiento de un Servicio de Cirugía. Relato oficial Congreso Argentino de Cirugía 2007.
 10. Gutierrez, L. Educación médica continuada y Recertificación. Relato oficial Congreso Argentino de Cirugía 1986.
 11. Moirano, J.J. Futuro del cirujano general y de los servicios de Cirugía. Relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía 1994.
 12. Santángelo, HD. Incumbencia de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica. Relato oficial del congreso Argentino de Cirugía 1999.
 13. Schijvarger, R R. Enseñanza de la cirugía en el postgrado. Relato Oficial del Congreso Argentino de Cirugía 2004.
 14. Horrisberger, G E. Situación del cirujano, falencias y horizontes. Rev. Arg. Ciruj, 2000; 78:131-137.
 15. Salomon, M y col. ¿Qué enseñanza nos dejan 10 años de cirugía Colorrectal laparoscópica? Rev. Arg. Cirug. 2006; 90(3-4):152-162.
 16. Montesinos, M. Currículo oculto en Cirugía. Qué más aprenden cuando enseñamos. Rev. Arg. Cirug. 2012;103(1-2-3):9-15.
 17. Spector, C A. Cherjovsky, M R. Garcia Lavandal, L. Estrategias de afrontamiento por los cirujanos de situaciones profesionales estresantes. Rev. Arg. Cirug. 2016;108(2):70-76.
 18. Raimondi, C; Vaccaro, C A. Investigación Científica y Cirugía. Relato Oficial del Congreso Argentino de Cirugía 2014.
 19. Gofton, Wade, Md , Regehr , Glenn. Factors in optimizing the learning environment for surgical training. Clinical Orthopedics and related research-2006.
 20. Esteva, H. Reflexiones. Reflexiones irreverentes sobre el paternalismo y la evidencia en Cirugía. Rev. Arg. Cirug., 2012; 102(4-5-6):69-73.
 21. Quirarte Cataño, C, Muñoz Hinojoca, J. La Revolución pedagógica en la Cirugía. Parte II. Las teorías del aprendizaje y las bases metodológicas de la de la enseñanza. Cirugía endoscópica. Vol. 14 Supl. Abril-Junio 2013.
 22. Torkington, J, Sgt Smith. The role of simulation in surgical training. AnnR Coll Surg Engl 2000; 82:88-94.
 23. Bustos, F, Diaz, E. Simulación médico-quirúrgica” Primum non nocere” at “Errare humanum est”. Segunda parte. Rev. Educ. Cienc. Salud 2014;11(1):47-53.
 24. Serafini, V. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica ¿Es necesario seguir enseñando cirugía abierta? ¿Qué enseñar? ¿Cómo enseñar? Marco teórico. Relato oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo.
 25. Duhalde, M A. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica ¿Quiénes son los destinatarios de la enseñanza? Evolución hacia un nuevo paradigma. Relato Oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo II.
 26. Ortiz, E. Formación en cirugía abierta en la era Videoscópica. Realidad en Argentina. Relato oficial del 87 Congreso Argentino de Cirugía 2016. Capítulo III.
 27. Padín, R, Dominguez, H. ¿Quién y cómo se debe garantizar la calidad del cirujano? Relato Oficial del 88 Congreso Argentino de Cirugía 2017.
 28. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011.
 29. Resolución 450/2006. Ministerio de Salud de la Nación. Crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
 30. Resolución 1342/2007. Ministerio de Salud de la Nación. Reglamenta el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
 31. Dirección General de Estadística y Censos 2002.

CAPÍTULO 6

La Coloproctología Como Especialidad

¿Es necesario considerar a la Coloproctología como una especialidad?

¿Cuál es la conveniencia de una especialidad?

Moirano¹ en su relato del Congreso de Cirugía de 1994, opina que una especialidad es conveniente cuando:

- Genere mayor y mejor conocimiento.
- Genere mayor y mejor tecnología.
- Genere mayor promoción de la salud.
- Mejor prevención de la enfermedad.
- Genere mejores diagnósticos.
- Genere mejores terapéuticas.
- Genere menores costos.
- Genere mayor accesibilidad a la atención.
- Que promueva el desarrollo ético, científico y tecno-

lógico profesional.

El CCPM (Consejo de Certificación de Profesionales Médicos) de la Academia de Medicina, define a una especialidad como: “la rama de la ciencia, arte o actividad cuyo objeto es una parte limitada de la misma sobre la cual, quienes la cultivan, poseen saberes, habilidades y actitudes muy precisas. Quien ha desarrollado una especialidad ha profundizado en el dominio de un tema a área disciplinar determinada dentro de un campo profesional o de diferentes profesiones. La especialidad tiene un perfil claramente definido en términos de su clasificación genérica (cuerpo de doctrina o campo de conocimiento) y sus actividades operativas (competencias) que determinen sus incumbencias (actividades profesionales

Table 1.1 Specialization and outcome for cancer surgery

	Colorectal specialist outcome	Nonspecialist outcome	<i>P</i>
Bokey et al. [5]	40% 5-year survival	34% 5-year survival	0.005
Luna-Perez et al. [6]	9.5% local recurrence	50% local recurrence	0.0007
	63% 5-year survival	54% 5-year survival	0.04
Porter et al. [7]	13.4% local recurrence	37.4% local recurrence	0.001
	60.8% 5-year survival	43.8% 5-year survival	0.03
Read et al. [8]	77% 5-year survival	68% 5-year survival	0.005

Table 1.2 The impact of belonging to a specialist society on outcome after colectomy

Subspecialty status	Number of surgeons	Number of patients undergoing colectomy	Operative mortality – observed*	Operative mortality – adjusted**
Members of the Society of Colorectal Surgery in New York State	61	4,757	1.9	2.4
Nonmember	2,590	43,771	4.9	4.8

* $P < 0.0001$; ** $P < 0.001$

No study in this analysis of nearly 150,000 patient outcomes demonstrated a significant outcome benefit from nonspecialization in surgery [4].

Figura 2: A) Tabla 1.1: Especialización y resultado. B) Tabla 1.2: Impacto de pertenecer a una sociedad especializada.²

a las que habilitan)".¹⁹

Para el Documento Marco de las Residencias del equipo de Salud, redactado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (año 2011), la especialidad tiene por objeto profundizar en el conocimiento de un tema o área determinada dentro de una profesión o un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.²⁰

Por todos estos conceptos, sin duda alguna la Coloproctología necesariamente corresponde a una especialidad.

Hace ya varias generaciones, en un libro de técnica quirúrgica se instruía al "cirujano general" en las técnicas de cirugía abdominal, ortopédica, neuroquirúrgica, oftálmica y maxilofacial. A lo largo de los años, ha habido una evolución progresiva en las distintas especialidades quirúrgicas desde este fondo histórico de la cirugía. Las necesidades actuales de hacer un procedimiento específico de acuerdo a guías actualizadas de procedimiento han hecho que los procedimientos quirúrgicos sean más específicos ya que todos los cirujanos no pueden cubrir el espectro total de la "cirugía general". Así es que, por lógica consecuencia, cualquier cirujano puede aprender a como operar, pero un especialista sabe cuándo operar y cuando no.²

Por una parte, el camino hacia la especialización ha sido difícil y conflictivo, especialmente cuando se entra en conflicto con el cirujano general que quiere abarcar un área muy grande de la cirugía.

En los últimos veinte años ha habido un cambio significativo en las subespecialidades de la cirugía general, llevado por un deseo de mejorar los resultados mediante la acción de ser expertos en determinadas áreas de las enfermedades. Estos desarrollos culminaron en el desarrollo de grupos especializados de cirujanos vasculares, mamarios, colorrectales, gastroduodenales, hepatobiliares, de trasplantes y endocrinológicos.

Hay una verdad evidente: la especialización en Cirugía Colorrectal beneficia al paciente. Lo racional de la especialización dentro de la parte quirúrgica es que el conocimiento del experto y la técnica beneficia a los resultados respecto del paciente.

Actualmente se reconoce algo que es muy importante: los resultados se pueden medir. De un total de 22 estudios que incluyeron 144.421 pacientes, cirujanos coloproctólogos han tenido un mejor resultado general que los cirujanos generales realizando el mismo procedimiento en 20 de 22 estudios (91%). De esta manera la especialización quirúrgica asoció con menor mortalidad de los pacientes en 11 de 12 estudios (92%), menor estadía hospitalaria en 5 de 5 estudios (100%), y menos complicaciones en 14 de 17 estudios (82%) (fig. 2A).

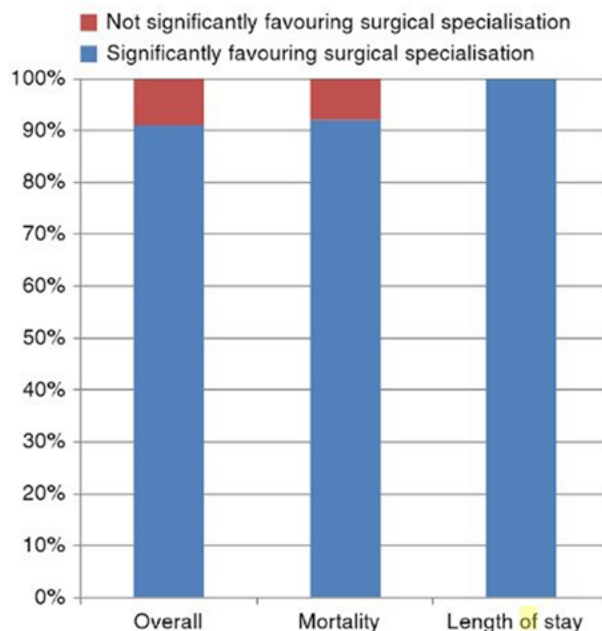


Figura 3: Efectos de la especialización.²

Asimismo, se ha comprobado, como muestra en la figura 2B, una mejora estadística en los resultados postoperatorios, si el cirujano pertenece a una sociedad de especialistas colorrectales, como es el caso de Nueva York, como muestra un estudio en cuatro años de muertes postoperatorias, luego de colectomía.

En la figura 3 muestra una diferencia comparativa entre resultados entre operaciones hechas por coloproctólogos o cirujanos generales.²

David Etzioni,³ de la Clínica Mayo, informa basado en 6432 pacientes, un análisis exhaustivo con una sobrevida mayor en cáncer de recto operados por cirujanos colorrectales, con un alto volumen de pacientes, que enseñan en hospitales, y en centros designados por el Instituto Nacional del Cáncer. Esto es, una mayor sobrevida comparadas con operaciones realizadas por cirujanos generales. Asimismo otros autores relatan resultados similares.⁴⁻¹⁷

El fundador de la Proctología en la Argentina fue el Dr. Guillermo Zorraquin, quien entre 1923 y 1926 dicta 4 cursos libres de Proctología, y desde 1927 el primer curso oficial, aprobado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Ideó instrumental de examen proctológico que aun en la actualidad es de utilidad en la práctica diaria. En el Hospital Fernández desarrollo por décadas una tarea encomiable en la difusión de la especialidad, convirtiéndolo durante su permanencia en un centro de referencia en la asistencia de pacientes con patologías proctológicas.

En nuestro país, García Mata (1903-1966) fue el primer argentino proctólogo con dedicación exclusiva a la especia-



Figura 4: Dr. Alfonso Marcelo Fraise.

lidad. Dentro de su inventiva, ideó un rectosigmoidoscopio original, a pila y sin mandril obturador. Ocupó la Jefatura del Primer Servicio Municipal de Proctología en el Hospital Pirovano. Con anterioridad a García Mata, también se había destacado en el mismo Hospital en la especialidad el Dr. Domingo Beveraggi.¹⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Moirano, Juan J. Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía. Relato Oficial del Congreso Argentino de Cirugía 1994.
2. Scott, N., Pählman L. Importance of specialization Colorectal Surgeons. Editado en: Contemporary Coloproctology. 2012.
3. Etzioni, D. Patient survival after surgical treatment of Rectal Cancer. Impact of surgeon and hospital characteristics. Cancer Volume 120, Issue 16. August 15-2014.
4. Siegel, R et al. Cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin. 2013; 63:11-30.
5. Den Dulk M, et al. Quality assurance in surgical oncology: the tale of the Dutch rectal cancer TME trial. J Surg Oncol. 2008; 95:5-7.
6. Stewart DB et al. Rectal cancer and teaching hospitals: hospital teaching status affects use of neoadjuvant radiation and survival for rectal cancer patients. Ann Surg Oncol. 2013; 20:1156-1163.
7. Sacerdote C, et al. Hospital factors and patient characteristics in the treatment of colorectal cancer: a population based study. BMC Public Health. 2012; 12:775.
8. Archampong D et al. Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer Surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 3:CD005391.
9. Finks JF, et al. Trends in hospital volumen and operative mortality for high-risk Surgery. N Engl J Med. 2011; 364:2128-2137.
10. Van Gijn W et al. Volume and outcome in colorectal Surgery. Eur J Surg Oncol. 2010; 36(Suppl):S55-S63.
11. Hodgson DC et al. Relation of hospital volume to colostomy rates and survival for patients with rectal cancer. J Natl Cancer Inst. 2003;95:708-716.
12. Etzioni DA et al. Colorectal procedures: what proportion do American Board of Colon and Rectal Surgery-certified Surgeons perform? Dis Colon Rectum. 2004; 91:605-609.
13. Mcardle CS et al. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor 5-year survival. Br J Surg. 2004;91:605-609.
14. In H et al. The role of National Cancer Institute-designated cancer center status: observed variation in surgical care depends on the level of evidence. Ann Surg. 2012; 255:890-895.
15. Paulson EC et al. National Cancer Institute designation predicts improved outcomes in colorectal cancer Surgery. Ann Surg. 2008; 248:675-686.
16. Oliphant R et al. Contribution of surgical specialization to improve colorectal cancer survival. Br J Surg. 2013; 100:1388-1395.
17. Etzioni D et al. Distance bias and surgical outcomes. Med Care. 2013; 51:238-244.
18. Heidenreich, A. Historia de la Coloproctología. Rev Argent Coloproct 2008;19:185-28.
19. Glosario CCPM. Definición de Especialista.
20. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011. Pag.6-9.
21. Resolución 1105/2006. Ministerio de Salud de la Nación. Listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.
22. Resolución 2273/10. Ministerio de Salud de la Nación. Apruébese el listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.
23. Resolución 1849/2008. Ministerio de Salud de la Nación. Reconócese a la Sociedad Argentina de Coloproctología como entidad científica certificante de la especialidad médica Coloproctología.

La Sociedad Argentina de Proctología fue fundada el 4 de Septiembre de 1942 a instancias del Dr. Alberto Ciarlo. Durante la presidencia del Dr. Juan Manuel Astiz, en 1985, cambió el nombre a Sociedad Argentina de Coloproctología, por iniciativa del Dr. Alfonso Marcelo Fraise (fig. 4), quien consideraba que la nueva denominación representaba en forma más acabada su área de competencia.

La Coloproctología fue reconocida como Especialidad por el Ministerio de Salud de la Nación mediante la Resolución 1105 en el año 2006, e incluida en el listado de las especialidades médicas reconocidas por el citado Ministerio.^{21,22}

Mediante la Resolución 1849/2008 el ministerio de Salud de la Nación reconoce a la Sociedad Argentina de Coloproctología como la entidad científica certificante de la Especialidad Médica Coloproctología, motivo por el cual los títulos de especialización otorgados por la Sociedad son automáticamente reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación.²³

La Sociedad Argentina de Coloproctología participa mediante representantes que integran el CCPM de la Academia Nacional de Medicina, entidad ésta responsable de la certificación y revalidación de profesionales médicos de todas las especialidades de nuestro país.

CAPÍTULO 7

La Coloproctología en el Exterior

Mucho debemos a Frederick Salmon (1796-1868), ya que fue el primero que pavimentó el camino inicial de la coloproctología como especialidad en el mundo. Él fundó, en 1835, una institución denominada "The Infirmary for the relief of the Poor, Afflicted with Fistula and other Diseases of the Rectum". Después de dos mudanzas reabrió la Enfermería con 25 camas de internación, justo el día que se celebraba el día de St. Mark, el 25 de abril de 1854, adoptando por ello el nombre de St. Mark Hospital el centro especializado por él fundado. Sus enseñanzas se propagaron a los Estados Unidos de Norteamérica, cuando mediante esta subespecialidad Joseph McDowell Mathews fundó la Sociedad Americana de Proctología en 1899 primera Sociedad Científica de la Especialidad del mundo.¹ Pocos negarán que los Estados Unidos instaló la res-

petabilidad de la especialidad, la cual es hoy en día confirmada ampliamente como legítima en el mundo entero, y necesaria.

El American Board of Proctology (Consejo Estadounidense de Proctología) se formó en 1935 mediante un convenio con el American Board of Surgery (Consejo Estadounidense de Cirugía). Una vez reconocida, la Proctología siguió con el nombre de Cirugía de Colon y Recto, y la American Society of Proctology (Sociedad Estadounidense de Proctología) pasó a ser la Society of Colon and Rectal Surgeons (Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto), por lo que esta especialidad llegó a ser reconocida por los órganos normativos y estatutarios. Es de notar que el paradigma de ambos Boards se crearon con un objetivo preciso como lo declaran en sus bases: "para proteger al público ase-

Table 1.4 ABCRS procedures and minimums used for colorectal surgeon certification [15, 16] and several proposed European standards

	ABCRS approved procedures and recommended minimums in 12 months	European Standards in Coloproctology Project minimum total logbook summary
Anorectal procedures		
Excisional hemorrhoidectomy (total)	20	30
Conventional	10	—
PPH	^a	—
Fistulotomy	15	30
Endorectal advancement flap	3	—
Sphincteroplasty	3	—
Internal sphincterotomy	3	—
	5	
Abdominal procedures		
Strictureplasty	3	—
Segmental colectomy (include ileocolic resection)	50	40
Laparoscopic resections	50	—
Low anterior resection (total)	^a	30
Straight anastomosis	^a	
With colon pouch or colopectomy	3	—
Abdominoperineal resection	6	—
Transanal excision (total)	10	10

^aTracked but no specific numbers required

Figura 5: Procedimientos en Estados Unidos y Europa, diferencias.⁴

sorando y certificando médicos que reúnen requerimientos específicos educacionales, de entrenamiento y profesionales”.

La ASCRS (Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto) gestiona un programa que consiste en un año de formación y cinco años en Cirugía General. La formación en la especialidad se basa en un programa consensuado, y consta de un examen escrito y oral. El examen en sí requiere de ciertos requisitos como ser realizar un mínimo de 12 procedimientos establecidos en 17 categorías definidas.

En Europa, la Coloproctología como especialidad no está reconocida ya que forma parte de la Cirugía General, como sucede con otras ramas de la misma.²

En la figura 5 se muestra los requisitos mínimos de procedimiento en EE.UU, y los propuestos por la Unión Europea, para la certificación.⁴

En América Latina, la Coloproctología es reconocida como especialidad independiente en el conjunto de especialidades médicas. La Proctología en Brasil comenzó en 1914 en Pernambuco con Raúl Pitanga Santos. En 1934 se fundó la So-

ciudad Brasileña de Coloproctología, siendo electo en 1945, en el Estado de Bahía, su primer presidente, Silvio D’Avilla.³

El 3 de Diciembre de 1957, durante la realización del 1° Congreso Internacional de Proctología desarrollado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, se fundó la Asociación Latinoamericana de Proctología (ALACP), siendo su primer presidente el Dr. Daher Cutait (Brasil) y el primer Secretario General el Dr. Miguel Marchese (Argentina).

Existen Sociedades de Coloproctología en la mayoría de los países de la región, que agrupan a todos los coloproctólogos de la misma, todas ellas nucleadas en la Asociación Latinoamericana de Coloproctología, que realiza congresos de gran envergadura cada dos años con asistencia masiva de los especialistas de la región y con alto nivel académico. La SACP forma parte de la ALAP como miembro fundador, habiendo sido ésta presidida por coloproctólogos argentinos en distintos periodos de su existencia. El último Congreso de ALACP efectuado en Argentina ocurrió en el mes de Junio del año 2011 en la Ciudad de Mendoza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khubchandani, I. Coloproctology in the world today. Rev bras Colo-Proct, 1992; 12(2): 66-67.
2. Nichols, J. Acreditación y Certificación en Coloproctología en Europa. Cirugía Española Editorial. 2011; 89(1): 1-2.
3. Flores, C et al. Database of medical images for development of teaching materials for classes of Coloproctology. UFCSPA. 2011.
4. Scott, N. Pählman L. Importance of specialization of colorectal surgeons. Editado en Contemporary Coloproctology 2012.

CAPÍTULO 8

Sistema de Enseñanza Postbásica en Argentina

La enseñanza de la Coloproctología es en nuestro país, un proceso de aprendizaje postbásico. Se requiere un conocimiento y entrenamiento básico completo previo en cirugía general, para incorporar posteriormente tácticas y técnicas especiales y de complejidad crecientes que habiliten a quien deba ejercer la Coloproctología, con jerarquía de Especialista.

Estas tácticas y técnicas especiales de alta complejidad requieren además en algunas de ellas, largas curvas de aprendizaje en áreas de simulación antes de ser aplicadas en la práctica en seres humanos.

Previo a estos entrenamientos de alta complejidad, se debe transitar nuevamente lo aprendido en la cirugía básica, en los procedimientos con técnicas tradicionales de cirugía abierta y convencional, supervisado y guiado por la mirada comprometida del especialista formador en la nueva disciplina. Por lo antedicho todos los sistemas formadores de la nueva especialidad requieren de una apoyatura académica teórica previa lograda en lecturas, cursos o congresos asociados a un entrenamiento y práctica quirúrgica intensiva guiada, tutelada, supervisada y acreditada perso-

nalmente por el responsable del área de formación.

Los sistemas de formación adquieren prestigio y valoración si tienen como premisa el mantenimiento de la calidad de la enseñanza, para la cual requiere de la permanente evaluación de sus contenidos y del cumplimiento de sus programas, los cuales deben ser periódicamente acreditados por la autoridad competente de control.

Cualquiera sea el sistema de formación, el éxito del emprendimiento depende del grado de compromiso y el esfuerzo del educando en aprender y de la responsabilidad, la entrega y la capacidad en enseñar del responsable en la formación, asociado a la complejidad creciente del centro que ha asumido el desafío educacional de generar especialistas de calidad.

Los formatos de enseñanza de la Coloproctología son la Residencia Postbásica en la Especialidad, la concurrencia en Coloproctología con asistencia durante un periodo mayor, con una carga horaria menor, a un centro especializado reconocido, en aquellos lugares donde no existe una residencia y los cursos universitarios de especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011.
2. Agrest A. La acreditación de programas educacionales. IX Seminario de programas educacionales del CCPM. Academia Nacional de Medicina. Bs.As. 4/11/97 Pag.184-190.

CAPÍTULO 9

Perfil Profesional del Médico en Coloproctología

La Coloproctología es una especialidad derivada de la Cirugía General cuya competencia abarca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del colon, del recto, el ano, el piso pelviano y el periné proctológico.

En las últimas décadas se han mostrado notables cambios en la presentación y evolución anatomoclínicas de diversas patologías de la especialidad, así como en el conocimiento de su fisiopatología e interpretación etiológica.

La aparición de nuevas formas, hasta este momento desconocidas, de enfermedades de transmisión sexual, en relación en muchos casos incentivados por cambios en los hábitos sexuales, han generado la necesidad de profundizar métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento por parte del especialista.

Los avanzados conocimientos genéticos en la etiología de una multiplicidad de patologías de la especialidad han generado recursos para su diagnóstico, su prevención y aun tratamientos clínico o quirúrgico terapéutico o preventivo que significan un desafío para el especialista, el que deberá recurrir a estar permanentemente informado para dar la respuesta adecuada.

Las instituciones educativas responsables de las residencias básicas y las residencias postbásicas deberán dar respuestas a estos avances creciendo en complejidad y excelencia acorde con los progresos, a los fines de mantener la calidad de la enseñanza. Este crecimiento intelectual debe ser equilibrado y parejo entre todos los servicios que conforman la Unidad Docente Hospitalaria y debe ser auditado en forma permanente por el Departamento de Docencia para de esa forma asegurar el mantenimiento de la calidad de la enseñanza y el cumplimiento de los programas de residencias.

El mejor conocimiento de las secuencias carcinogénicas, enfermedades preneoplásicas, secuencia adenoma carcinoma o serrato carcinoma, investigación de enfermedades hereditarias, avances en la metodología de diagnóstico anatomopatológico o inmunohistológico o por imágenes o genético con estadificaciones más precisas y con conocimiento previo a la respuesta terapéutica, exigen del especialista un conocimiento más profundo y actualizado.

De la misma forma las instituciones que asumen la responsabilidad de la formación especializada del médico deberán mantener la calidad y excelencia de los servicios que aporten información complementaria (Anatomía Patológica, Imágenes, Laboratorio, Genética, etc.) para acompañar el crecimiento académico de sus educandos.

El incremento de la expectativa de vida de la población

asociado al mejoramiento de su calidad de vida, hicieron objetivables la aparición de una serie muy amplia de disfunciones del piso pelviano, con manifestaciones clínicas invalidantes como incontinencias anales o urinarias o prolapso a nivel anal o ginecológicos que requirieron de tratamientos multidisciplinarios.

Esto llevó a la necesidad de generar Unidades de Piso Pelviano constituido por ginecólogos, urólogos, coloproctólogos e incluso kinesiólogos para la prevención, estudio y tratamiento de estas disfunciones del piso pelviano. Esta interrelación de distintos servicios en las instituciones con residencias en todas estas unidades educacionales, posibilita a través de interconsultas, diálogo, ateneos conjuntos y tratamientos combinados el crecimiento académico e intelectual de los médicos en formación.

La tecnología aporta permanentemente nuevos desafíos, con técnicas cada vez más sofisticadas y especializadas que en muchos casos requieren prolongadas curvas de aprendizajes para su aplicación.

Mediante la videocolonoscopía de alta definición y la aplicación de técnicas o técnicas resectivas de alta complejidad se logran diagnósticos y resultados terapéuticos de excelencia que requieren marcada especialización.

Los avances en cirugía laparoscópica y en el último tiempo con la cirugía robótica para el tratamiento de las patologías colónicas y rectales, han significado un aporte inestimable para el que el especialista debe estar preparado y familiarizado recordando que en ambos casos la curva de aprendizaje significa un enorme esfuerzo y dedicación.

La complementación de ambas técnicas la endoscópica y la laparoscópica han permitido avanzar con técnicas mini-invasivas a través del orificio anal con resecciones de formaciones tumorales benignas o malignas por esta vía con excelentes resultados. La disección del recto extraperitoneal por esta vía ha significado un enorme aporte al que el residente no debe ser ajeno.

Todos estos avances tecnológicos en el área endoscópica, de cirugía miniinvasiva, laparoscópica o robótica exigen entrenamiento en centros de simulación de alta complejidad con curvas de aprendizaje prolongadas antes de que estos procedimientos sean practicados en cirugía humana.

Esta simulación en Coloproctología se aplica especialmente en la videocolonoscopía, la cirugía laparoscópica y la cirugía robótica. Estos centros de práctica simulada con gran desarrollo en países de avanzada están llegando lentamente a nuestro país y auguran un cambio radical en nuestra forma de educarnos a la vez de dar una manera

diferente de prepararnos para los cambios que se avecinan. La residencia no debe estar alejada a estos cambios y quienes conducen este sistema de formación son responsables de implementarlos en sus educandos para mantener la calidad de su área de formación.

El entrenamiento del residente en todas estas técnicas en centros de alta complejidad del país o del exterior es un compromiso y una obligación de las áreas docentes de formación. Se deberá extremar los esfuerzos para incentivar y facilitar la concurrencia de los residentes a estos centros de aprendizaje de estas nuevas técnicas, además de la correspondiente provisión del instrumental y de los insumos necesarios para mantener la práctica en ellos en el ser humano luego de su entrenamiento, mejorando de esta manera la calidad asistencial del centro.

Con una práctica activa personalizada, con una experiencia directa de todos estos procedimientos por parte del residente, ayudado, orientado y supervisado personalmente por el responsable de su formación, se consigue afianzar su conocimiento crítico y su capacidad de decisión. Indudablemente todo esto se optimiza en un sistema de capacitación presente y continua como la residencia.

“Si bien son indispensables, los conocimientos teóricos recibidos en clases, cursos o conferencias que aportan al conocimiento general, no son más que conocimientos culturales, que no pesan en el momento de la ejecución del acto médico y mucho menos en la obtención del título de especialista” (Agrest).

Los resultados inmediatos y mediatos de los procedimientos y prácticas previamente citados están íntimamente relacionados con la experiencia directa del operador con los que el residente debe estar familiarizado por ejecución directa.

Este punto adquiere relieve socioeconómico de magnitud en el tratamiento de patologías como el cáncer rectocolónico o las patologías de urgencia como la hemorragia digestiva baja, la obstrucción intestinal, el trauma rectocolónico o las complicaciones agudas de la enfermedad diverticular o el manejo de las complicaciones postoperatorias.

El coloproctólogo tiene además una función social al asesorar, informar, educar, al iniciar campañas de prevención, concientizar a la población o difundir programas de pesquisa. En esta función social se incluye la comunicación activa con otros especialistas, fundamentalmente con los médicos dedicados a la Atención Primaria de la Salud (APS).

Los años 2000 instalan una nueva configuración en las que el Estado recupera su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsa la estrategia de APS como estrategia privilegiada de acción en salud y decide redireccionar los cupos de Residencias Nacionales promoviendo las especialidades básicas que sustentan la APS en el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología), las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (Terapia Intensiva de Adultos y Pediatría, Anestesiología, Neonatología), y las interdisciplinarias de Salud Mental.

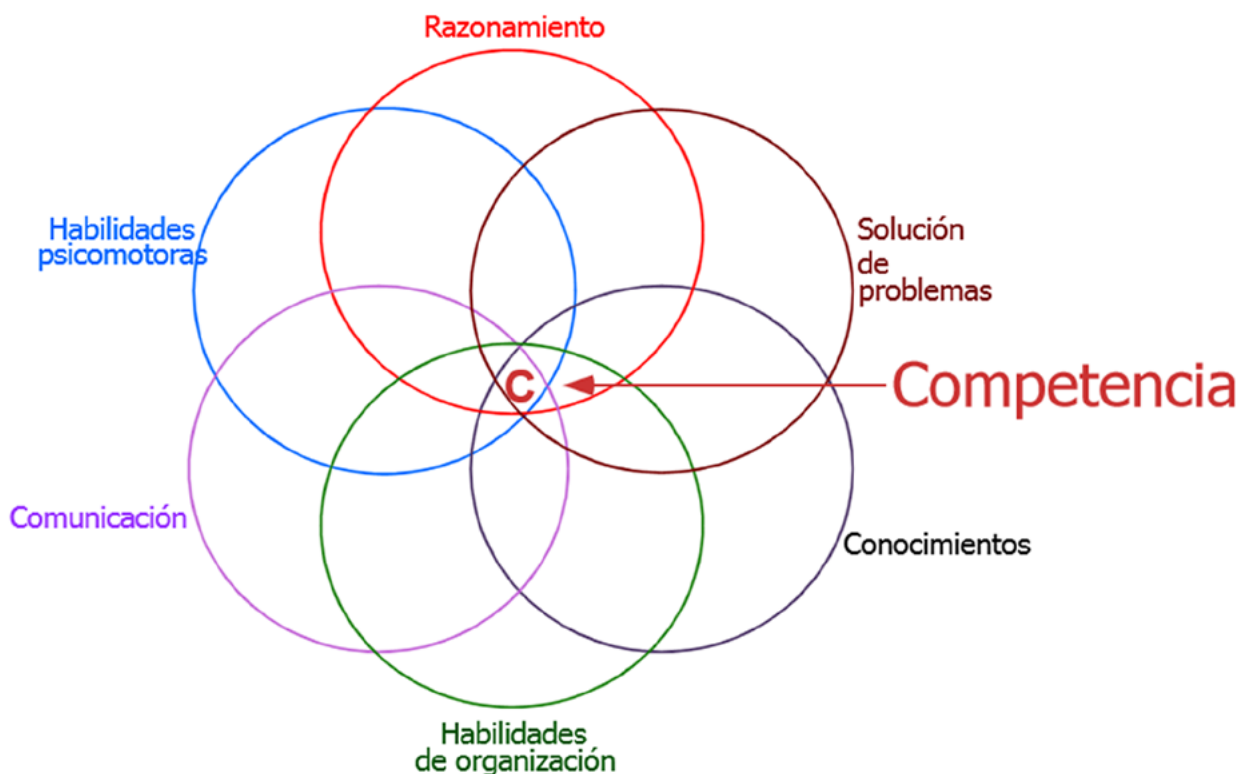


Figura 6: Competencias del Coloproctólogo.¹

El énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud y con referencia a este ítem, en la primera década de los años 2000 se instala una nueva configuración expresa en la Resolución N° 558/00, en la que se establece que las residencias médicas de varias especialidades financiadas por el Ministerio de Salud deberán dar una mayor formación en centros del primer nivel de atención (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a la cual se debería dedicar no menos del 30% de la actividad.

El Marco de Referencia establecido en el Reglamento del funcionamiento y acreditación de la Residencia Médica Postbásica en Coloproctología de la SACP se basa en el cumplimiento de principios de orientación como concepto de la especialidad:

- Reconocimiento del paciente como persona social con derechos y autonomía.
- Respetar la personalidad, ámbito socio cultural y económico del paciente.
- Reconocimiento de un cambio de paradigma de tra-

tar enfermedades, a educar, prevenir, pesquisa de los grupos de riesgo en un contexto de nuevas patologías o formas de presentación hasta este momento diferentes o desconocidas.

- Conceptualizar la idea de justicia distributiva para la utilización racional de los recursos económicos, humanos y de infraestructura, en la medida que ellos tengan impacto en la atención y calidad medica acorde a lo esperado.
- Conceptualizar la atención interdisciplinaria como herramienta que favorece los conocimientos propios, agiliza la resolución de problemas complejos y reduce el gasto en salud.

Competencia del Coloproctólogo

En forma similar a la pirámide de Miller, podemos configurar las competencias del coloproctólogo en una sumatoria de: habilidades motoras, razonamiento, conocimientos, comunicación, habilidades de organización, y solución de problemas (fig. 6).¹

BIBLIOGRAFÍA

1. VII Jornada del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Academia Nacional de Medicina. 21 de junio de 2016, Lic. Amanda Galli.

CAPÍTULO 10

Consideraciones entre el Paciente y el Coloproctólogo

La relación médico-paciente coloproctológica se constituye por la conjunción de los motivos que llevan a encontrarse entre sí el paciente y el especialista. Laín Entralgo¹ ha desentrañado esta importante diada médico paciente. Estos comprenden un diagnóstico, un tratamiento, una transferencia afectiva y hasta un componente ético.

Para que haya convivencia entre el médico y el paciente es necesario estar abierto al otro y que, en base a una apertura, uno actúe sobre el otro y éste le responda. Esta actuación tiene como fin la curación o el alivio de la enfermedad.

El trato se hace próximo e intenso. No es un otro cualquiera, un semejante, sino alguien determinado, que tiene sus propias particularidades. Luego, este paciente en el trato se hace alguien único e inconfundible.

La relación ideal es aquella que establece un médico con vocación y un enfermo con auténtica voluntad de curación. El fin último de esta relación médica es la salud del paciente.

Cuando en el quirófano el coloproctólogo opera tiene a un paciente anestesiado, es un objeto que está pasivamente frente al cirujano, que lo palpa, lo incinde y realiza todo tipo de procedimientos quirúrgicos. Pero en verdad, ese objeto es en realidad una persona determinada.

El coloproctólogo debe ser consciente, debe imaginar qué consecuencias tendrá la intervención quirúrgica que está realizando en éste, su paciente, luego de la operación. Posiblemente deje una cicatriz, una ostomía, un cambio en el esquema corporal, modificará la calidad de su vida futura, su adaptación a la nueva situación, la alteración de su función evacuatoria con todo el bagaje del pudor, la intimidad, su nueva inserción en la sociedad y aún entre los suyos, y probablemente lo más importante, el resultado de su operación. Si bien el objetivo del coloproctólogo como cirujano es erradicar quirúrgicamente la patología que lo convoca, su acto trasciende a lo estrictamente físico para adentrarse en lo íntimo de su paciente, para quien su médico es el puente que le permite, con su intervención, recuperar lo más sagrado de su vida, su salud.

Un trato cálido, humano hacia el paciente colabora positivamente en su evolución y probablemente en el resultado final de su tratamiento. Esta es, posiblemente, la esencia de nuestra vocación como médicos. Esa vocación es la que nos hace ser felices con la mejoría de nuestro paciente y nos angustia ante una evolución desfavorable. Es que el otro cuenta en cada una de nuestras decisiones. El otro soy yo del otro lado. Si perdemos esa visión de nuestra profesión pierde el sentido. Es nuestra misión como formadores de futuros coloproctólogos, la de transmitir en ellos esta pasión

que nos ha hecho médicos. Es nuestra obligación como maestros generar en ellos este espíritu solidario que aún se mantiene encendido en nuestro interior y que es la llama que nos impulsa a asumir la responsabilidad de formar las nuevas generaciones de médicos. Únicamente con el ejemplo se logra transmitir estos conceptos para las cuales las palabras no cuentan.

Como corolario, el coloproctólogo tiene que tener no sólo una visión objetivante sino también una visión de relación interpersonal.

¿Qué condiciones debe tener el coloproctólogo como profesional y como persona?: debe poseer dotes mínimas de inteligencia, sensibilidad, cordialidad en el trato, amplitud de criterio, habilidades manuales, temperamento y capacidad de acción.

Deberá tener y desarrollar un temperamento que le permita sobrellevar todas las dificultades y complicaciones que habrán de presentarse en el quehacer diario y, fundamentalmente, aplicarlo con convencimiento sobre una sólida base ético-moral. Debe tener incorporado dentro de sí el deber no escrito, ese que se ha aprendido en el seno del hogar, ese que deberá pulir el maestro al lado de la cama del enfermo. Si asume la responsabilidad de la formación de futuras generaciones esta deberá ser integral táctica, técnica, ética y moral.

Para completar una buena relación con el paciente, el coloproctólogo deberá tener seguridad sobre lo que sabe, lo que unido a la experiencia ganada en la práctica diaria a través de los años, conjugará una madurez y solvencia que facilitara este vínculo.

Existen muchas maneras de comunicación entre el coloproctólogo y su paciente: la mirada es el primer gesto. Ella dice mucho sobre cómo se expresa el paciente ante la impresión del médico que está frente a él, y a su vez lo que expresa el médico ante el paciente. Para que esto desemboque en un buen resultado, tendremos que tener en cuenta lo que los psicólogos llaman transferencia. Será éste el primer paso. Recordando lo que dijo Cicerón: "la cara es el espejo del alma y los ojos sus intérpretes". Luego de esta breve mirada entre estos dos seres, la palabra es la que tomará el curso de esta relación. En realidad deberíamos hablar de palabras y silencios. Lo que primariamente se hace visual, luego se hace auditivo y verbal. En el saludo al paciente es importante destacar que el dar la mano es el primer tratamiento médico. La palabra asimismo es diagnóstica y terapéutica. Bucea mediante el interrogatorio, el diagnóstico, pero también terapéutico, pues puede sugerir,

calmar, apaciguar y conducir. Los silencios también son importantes, en cuanto a lo que no dice el paciente y a su vez lo que calla el coloproctólogo. El paciente muchas veces calla lo penoso o aquello que no desean que escuche su acompañante. Nosotros conocemos también que muchos pacientes no saben cómo manifestar o traducir en palabras lo que sienten, por este motivo es necesario que el coloproctólogo aprenda a conducir el interrogatorio. En la comunicación de su diagnóstico y tratamiento, el lenguaje del coloproctólogo debe ser claro, sencillo, con palabras entendibles por su paciente y sus familiares. Debe transmitir seguridad, firmeza y credibilidad. No debe ser alarmante ni debe crear zozobra entre quienes lo escuchan, aun en la comunicación de los casos de peor pronóstico y en estos deberá tener la sutileza de no crear falsas expectativas. Debe tener claro concepto de lo que sus palabras representen para su paciente. Su tono de voz tiene que ser suave, sin estridencias y sin comentarios inapropiados. Se pueden comunicar las cosas más graves sin aumentar el tono de voz. El coloproctólogo debe manejar el arte de la palabra, pero a su vez ejercitar la sabiduría del silencio. Lo que calla prudentemente el médico puede, en más de una oportunidad, evitar malentendidos y conflictos de consecuencias no previsibles. Todas estas enseñanzas las debe transmitir el maestro a sus discípulos y ejercitarlas con ellos, dado que la formación integral de éstos abarca su comportamiento en el arte de la comunicación con los pacientes y sus familiares.

Sin duda alguna en nuestra vida diaria hablamos con metáforas puesto que pensamos con imágenes, y ésta es la mejor manera de comunicarnos. Pero depende que tipo de metáforas utilizamos, ya que en la vida siempre debemos elegir, pero hay que elegir acertadamente.

Entre la relación médica del coloproctólogo y su paciente, luego de esta comunicación visual, auditiva y táctil, pasamos al estudio directo del paciente, ya sea abdominal u orificial, mediante el estudio proctológico. Este examen proctológico seguirá la dirección tradicional de inspección, tacto rectal, anoscopía y rectosigmoidoscopia. Es muy importante en el examen proctológico la importancia del cuidado y delicadeza en este examen semiológico, ya que el paciente llega a la consulta con una carga de ansiedad o pudor muy grande, y dependerá de la delicadeza del coloproctólogo en la primera consulta, su relación médico paciente en el futuro.

Existe entre el coloproctólogo y su paciente un área peligrosa que no debemos olvidar, la legal. Hace años era impensable para un paciente litigar contra su médico. El lugar del médico en la sociedad y su prestigio en ella, era de tal envergadura que era considerado como un integrante de la familia en calidad de consejero o de consultor. El devenir del tiempo que todo lo corroe, que todo lo deslucé, que todo

lo opaca, ha llevado a esa sociedad a destruir ese pilar sobre el que se apoyaba. Parte de la culpa nos corresponde, porque hemos sido nosotros quienes con nuestra vulgaridad, nuestra mala educación, nuestro pobre lenguaje y pésima presencia hemos perdido el lugar que nos tenía reservado la sociedad. Nosotros los mayores, formadores de la futura generación de médicos y en particular de coloproctólogos debemos restaurar esto que hemos perdido, no solo para recuperar el prestigio de quienes nos precedieron, sino fundamentalmente para devolverle a la sociedad la confianza en aquellos que ella misma ha formado como su guía, su consultor y su consejero. Debemos tener presente que la sociedad espera de nosotros, los médicos y en lo que nos ocupa los coloproctólogos volvamos a ocupar el lugar que está vacío. La sociedad necesita guías que la orienten desinteresadamente para desandar el camino de la vida. Para que esto no quede en palabras huecas o utopías nosotros las responsables de la formación de las nuevas generaciones de médicos, debemos con nuestro ejemplo convertirnos en esas guías. Debemos a través de nuestro comportamiento mostrar el camino, enseñando el lenguaje adecuado y medido para cada situación y los silencios que acompañan las palabras y que comunican más en más de una situación, ser prolijos en nuestra vestimenta y en nuestros actos, ser respetuosos del momento que están viviendo nuestros pacientes, para quienes su consulta puede significar más que una consulta. Nuestra presencia en cuanto a la vestimenta, nuestra educación, nuestro lenguaje, nuestro comportamiento nos posiciona en condiciones de confiabilidad ante aquel que necesitado de una consulta, se siente contenido por quien con todas estas virtudes se ha preparado para ser el muro de contención de quien lo necesita. Podrán parecer palabras, pero dejan de serlo cuando el necesitado es uno.

La sociedad espera de nosotros un cambio, que nos haga confiables, no solo en lo académico y lo formativo sino, fundamentalmente, en nuestro comportamiento en su relación con ella. Este comportamiento está relacionado al grado de pertenencia que cada uno de nosotros tenga con la carrera elegida, su vocación de servicio y fidelidad al juramento que alguna vez hicimos. El respeto que debemos hacia nuestros pacientes es similar al que debemos hacia nuestros colegas. Debemos al otro el mismo trato que deseáramos tener a nosotros mismos. La relación médico paciente debe ser para nosotros tan sagrada como el respeto que debemos tener para nuestros colegas. Debemos evitar juzgar sus conductas. Cualquiera sea ella debemos darle un trato respetuoso a fin de mantener la credibilidad y altura de nuestros actos. Esas enseñanzas del respeto por el otro sea paciente o colega debe ser motivo de permanente preocupación de quien asume la responsabilidad de formar al joven médico. De no hacerlo nos obligara a aceptar las consecuencias.

Ante nuestra indefeccion, sea estas por cualquier motivo, la sociedad en defensa de sus propias intereses, ha recurrido al litigio como recurso para alinear aquello que ha considerado fuera de cauce. Tratamos con un error de remediar lo que consideramos otro error. Preparamos como sociedad a un producto en forma precaria para castigarlo después por sus limitaciones. Pedimos como sociedad una calidad que nosotros mismos no somos capaces de generar, peor aún nosotros mismos hemos destruido. En algún momento debemos cambiar el rumbo si no queremos caer al precipicio. Si no lo remediamos, si no cambiamos, deberemos atenernos a las consecuencias.

En el último tiempo abundan los juicios contra el accionar de los médicos. Podrán ser justos o no, pero existe una necesidad económica de las compañías de seguro y de grupos de abogados que orientan sus intereses en esa dirección. Comparten este accionar los pacientes y tal vez algunos familiares quienes ya sea como venganza por un tratamiento que consideran no exitoso, por ignorancia o tal vez por un interés puramente económico litigian contra al equipo quirúrgico que lo operó. En general cuando un tratamiento quirúrgico no da los resultados deseables, los familiares y pacientes consideran que están mal operados y no porque estadísticamente puede tener resultados adversos o complicaciones que modifiquen la evolución esperada. Lamentablemente, muchos de los juicios de mala praxis se originan por opiniones no felices de otros médicos consultados que hacen comentarios inadecuados, inapropiados e irrespetuosos sobre el accionar de colegas como: "¿pero mire lo que le han hecho!?" Y acto seguido se ofrecen a reoperarlo en privado. Esto confunde a los mismos pacientes o a sus familiares predisponiéndolos para una demanda. Se debe ser prudente en esos juicios sobre terceros porque no aportan a la solución de los casos y, aun peor, estimulan a las acciones legales contra los médicos. El encargado de la formación de un especialista debe asesorar a éste sobre la forma adecuada de informar, en estos casos, al paciente o a sus familiares, sobre la patología a tratar que generó dudas, sobre cómo resolverla de acuerdo a su entender, sin abrir juicio sobre el accionar del colega y si es factible comunicarse con él e informarle sobre la consulta que acaban de hacerle. Ante la duda sobre el accionar del colega el silencio es más productivo que mil palabras. Siguiendo la sabiduría del proverbio "El hombre es dueño de su silencio

y esclavo de sus palabras". Este principio de ética enaltece la profesión y evita falsos entendidos y futuros litigios.

Por eso como un principio de ética médica, debemos informar suficientemente a los pacientes acerca de la patología que tienen y las diferentes opciones de tratamiento médico y quirúrgico. A su vez se debe informar a los pacientes y a sus familiares sobre la gravedad de las complicaciones posibles y de los riesgos que se corre con el tratamiento clínico, con los estudios invasivos y con los tratamientos quirúrgicos, sin alarmar, pero dando la opción de aceptar o no la conducta propuesta habiendo informado adecuadamente sobre la misma y sus consecuencias. Una vez explicado todo lo referente a la conducta, el paciente deberá aceptar la propuesta mediante la firma de un consentimiento informado escrito de aceptación del citado estudio invasivo, clínico o quirúrgico. La explicación debe ser clara mediante un lenguaje entendible al alcance del paciente o su familiar que mediante su firma afirman estar de acuerdo y que han entendido correctamente la conducta propuesta (ha habido casos de condenas sin mala praxis por falta de consentimiento).

Existen tres factores en el acto médico que pueden inculpar al médico ante la Justicia: la impericia, la imprudencia y la negligencia. El primero de ellos, la impericia, está relacionada implícitamente con el tema de este Relato, pues de la formación del coloproctólogo será la solidez de su defensa ante la justicia.

El llamado "alea", el riesgo, las complicaciones no deseadas, aún con tratamientos adecuados, existen en medicina como una realidad cotidiana. Por eso, la doctrina mayoritariamente se ha inclinado a reconocer la actividad médica como generadora responsable de medios y no de resultados. Sin embargo, un jurista que ha escrito sobre temas médico legales, y que es actualmente un Juez de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, niega la habitualidad del alea y afirma; "la doctrina del alea conduce prácticamente a la irresponsabilidad".² Esto nos pone a nosotros, los médicos, en una situación de total incertidumbre e indefensión, porque a pesar de actuar correctamente estamos expuestos a una demanda judicial.

Otro tema a considerar es cuando los casos sean llevados a la justicia y tengan los jueces que firmar una sentencia. Pero atención: ¡la Justicia está exenta de injusticia, pero un Juez justo es más, o menos injusto!

BIBLIOGRAFÍA

1. Lain Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Alianza Editorial. S. A.
2. Lorenzetti Ricardo L. La responsabilidad civil de los médicos.

Editorial Rubinzal y Culzoni. 1 de enero 1986. Pag. 333.

CAPÍTULO 11

Situación Actual de la Enseñanza de la Coloproctología en Argentina. Residencias

Residencias en Coloproctología

En su afán de dar un marco ordenado y coherente a todo el desorden, que como fue dicho, impera en nuestro país en la formación de postgrado de la mayoría de las especialidades, la SACP inicia una etapa de adaptación a los sistemas de formación universalmente aceptados por las sociedades más organizadas del mundo (EEUU, UE, Canadá) y a los esfuerzos que en el orden local se intentaron a través de la Academia Nacional de Medicina (posteriormente la CCPM), la ACAP y la Sociedad Argentina de Cirugía a partir de fines de la década del 90.

En el año 1997 se crea y comienza a funcionar la primera Residencia en Coloproctología en la Argentina, bajo la supervisión de la SACP, en el Servicio de Coloproctología del Complejo Hospitalario Churruca Visca. Esta residencia de la especialidad cumple este año 21 años de funcionamiento continuo controlada, evaluada, auditada y acreditada por la SACP.

La Residencia Médica es la única estructura de formación apta para permitir la transición del recién graduado al médico general o al especialista, mediante un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollado en un Servicio-Institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional (Documento ACAP, Comisión Residencia ACAP año 2009).

El Sistema de Residencias Médicas es el único espacio de formación de postgrado para el otorgamiento de la certificación (otorgamiento del título de especialista habilitante) en todas las especialidades médicas en los países con normas adecuadas (UE; EEUU; Canadá).

En los fundamentos de la creación de la Residencia Postbásica en Coloproctología explicitados en su Reglamento de funcionamiento y acreditación la SACP, entidad fundada en el año 1942, declara que en sus principios fundacionales propugna la promoción, difusión y enseñanza de la Coloproctología en nuestro país.

El notable desarrollo logrado por las distintas especialidades médicas, producto del avance en el conocimiento de las enfermedades asociado al avasallador progreso tecnológico, ha conducido a la necesidad de implementar sistemas de enseñanza que posibiliten adiestrar adecuadamente al médico, para su aplicación práctica en el menor tiempo posible.

Las residencias médicas son una forma de aprendizaje progresivo y continuo de los conocimientos y la praxis de las diversas especialidades médicas, de las cuales una de

ellas es la Coloproctología. Aunque no es la única manera de establecer el binomio enseñanza aprendizaje, ha demostrado su efectividad a través del tiempo.

Bajo la estricta supervisión del Consejo de Evaluación y Acreditación de Residencias de la SACP ente acreditado ante el Ministerio de Salud, en cumplimiento de la Resolución Ministerial 450/2006 que regula el funcionamiento de las Entidades Evaluadoras de las Residencias reconocidas por dicho Ministerio la Residencia en Coloproctología de nuestra entidad, reconocida por la máxima autoridad de salud de nuestro país, tiene por objetivo la formación integral del profesional que decide dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades del colon, recto y ano.

La Residencia en Coloproctología es una formación postbásica que requiere un adiestramiento previo del postulante en el área quirúrgica. Se exige, para tal fin, tener aprobada la Residencia Completa en Cirugía General de un Centro reconocido y por tal ser Especialista en Cirugía General otorgado por la autoridad competente. Prepara al aspirante para el manejo de la totalidad de los elementos de prevención, diagnóstico y tratamiento que le permitan resolver con solvencia las patologías que conforman las competencias de la especialidad.

Por este motivo la SACP incentiva y promueve aquellas Instituciones que tienen programas de Residencias Médicas Postbásica en Coloproctología.

Correspondió al Hospital Británico de Buenos Aires la creación en el año 2007, de la segunda residencia estable en Coloproctología supervisada por la SACP.

Ambas residencias, la del Complejo Hospitalario Churruca-Visca y la del Hospital Británico se hallan acreditadas por la SACP y por el Ministerio de Salud de la Nación, y otorgan el Título de Especialista en Coloproctología a la finalización del segundo módulo aprobado (Examen final del 2° año de Residencia).

En el año 2014 se crea la Residencia Postbásica en Coloproctología en el Hospital San Roque de la Ciudad de Córdoba, capital de la Provincia de Córdoba, siendo esta la primera residencia en la especialidad supervisada por la SACP en una provincia de nuestro país. La Residencia en Coloproctología del Hospital San Roque de Córdoba se halla en trámites para su acreditación ante el Ministerio de Salud de la Nación.

El Residente de Coloproctología se capacita para atender pacientes en el área de internación, consultorios externos,

evacuar interconsultas de médicos generalistas o especialistas bajo la tutoría de un médico de planta o el Jefe del Servicio en patologías que forman parte del área de competencia de la Especialidad Coloproctología.

Realiza intervenciones quirúrgicas relativas a las enfermedades del colon, recto o ano en condición de cirujano o ayudante, siempre ayudado o supervisado por el Jefe del Servicio o un médico de planta del Servicio. Para su práctica quirúrgica utilizará en forma indistinta la vía de abordaje convencional, así como la vía laparoscópica videoasistida, con carácter curativo o paliativo.

El Residente de Coloproctología se entrenará en la realización de estudios endoscópicos (Rectosigmoidoscopia y Videocolonoscopia) diagnósticos y terapéuticos con un volumen de estudios, que le permita adquirir seguridad en el manejo de método.

Recibirá instrucción sobre gestión en su área de trabajo, desarrollo de procesos de investigación y de búsqueda bibliográfica, adquisición de actitud y aptitud para su educación permanente y el ejercicio de la docencia.

Bases Curriculares

La educación de postgrado postbásica propicia una trayectoria de formación que:

- Garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de postgrado.
- Articula e integra teoría y práctica.
- Estructura y organiza los procesos formativos para el desarrollo socio cultural y el desarrollo relacionado con el ámbito del trabajo profesional.
- Compatibiliza en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo personal con las instituciones del sector salud y sector educación.
- En las bases generales de estas bases curriculares se pondrá énfasis en el respeto de:
 - El concepto de ética médica. Principialismo. Autonomía del paciente. Consentimiento informado. Justicia distributiva. Confidencialidad. Privacidad. Relación médico paciente. Relación médico familia. Relación médico-médico. Relación médico institución. Relativismo cultural. Códigos de ética. Concepto de ética de la investigación.
 - El concepto de Epidemiología. Concepto de la aplicación al área de la salud pública. Concepto de prevención. Concepto de grupos de riesgo. Concepto de bioestadística. Confeccionar e interpretar base de datos. Concepto de medicina basada en la evidencia. Lectura crítica de un trabajo científico.
 - El concepto de Medicina Legal. Mala praxis.

Negligencia. Impericia. Imprudencia. Inobservancia de los deberes y obligaciones del cargo. Ley 17132. Ley de ejercicio profesional. Ley 26529. Ley de los derechos del paciente. Ley 23798. Ley nacional del Sida. Otras leyes relacionadas con el ejercicio de la profesión.

- Inglés técnico. Comprensión de textos. Comprensión de trabajos científicos. Vocabulario técnico.
- Dominio de Internet. Búsqueda de trabajos científicos. Buscadores científicos. Procesador de textos. Word. Bases de datos. Acces. Planilla de cálculo. Exel. Presentaciones. Power Point.

Requisitos mínimos para el funcionamiento y acreditación de la Residencia

De la acreditación

Para ser acreditada una institución debe cumplir con todos los requisitos que figuran en el Reglamento de Funcionamiento y Acreditación de la Residencia Médica Postbásica en Coloproctología de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Debe enviar una nota solicitando la acreditación explicando conocer y aceptar el reglamento y remitir el formulario del Ministerio de Salud de la Nación debidamente completo al Ministerio de Salud, en el área de la Dirección Nacional de Capital Humano Salud Ocupacional a fin de ser evaluado y aceptado por esta área, la que solicitará la actuación del Consejo de Evaluación y Acreditación de la SACP a fin de examinar en terreno la capacidad funcional de la entidad solicitante y evaluar su acreditación.

Para cumplir con los requisitos establecidos, Miembros del Consejo de Evaluación y Acreditación de la SACP realizarán una visita en terreno para evaluar las instalaciones y entrevistar al Encargado de la Residencia, a los médicos de planta del Servicio y a los Residentes.

El Consejo de Evaluación y Acreditación de la SACP elevará su informe al Ministerio de Salud que es la entidad con capacidad para la acreditación.

El lapso de años de la acreditación será acorde a lo estipulado por el Ministerio de Salud de la Nación. Vencido el mismo se efectuará una nueva evaluación.

De la Institución

La Institución debe contar con camas de internación en el área quirúrgica o en área propia en cantidad suficiente para satisfacer la demanda, nunca menor a quince (15).

El número de camas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) debe ser acorde al número de camas en planta, no menor a la relación 1/10 (uno cada diez).

Debe tener consultorios externos para satisfacer la de-

manda ambulatoria.

Debe tener infraestructura y tecnología para solventar el tratamiento quirúrgico y postoperatorio de cirugías complejas.

Debe tener acceso a estudios por imágenes de alta complejidad dentro de la institución o instituciones de convenio.

Debe tener acceso a interconsultas con las distintas especialidades en la misma institución o por convenio.

Debe presentar un Programa de Residencia detallando todas las actividades a desarrollar, en carácter de declaración jurada firmada por el Encargado de la Residencia y refrendado por el Jefe del Servicio.

Del Encargado de la Residencia

Debe ser Miembro Titular de la SACP.

Debe tener el Título de Especialista en Coloproctología otorgado por la SACP.

Debe cumplir con un horario acorde a las exigencias de la residencia.

Designara el número de residentes según su capacidad operativa.

De los requisitos para ingresar como residente

Debe ser médico con título y matrícula habilitante.

Debe tener aprobada la Residencia en Cirugía General con un mínimo de tres años de duración, reconocida y aceptada por la SACP.

Ser argentino, nativo o por elección con 5 años de residencia en el país y menor de 35 años de edad.

De las características y condiciones de la enseñanza-aprendizaje

La residencia tendrá una duración de dos años, comenzando el 1° de Junio y finalizando el 31 de mayo del año subsiguiente. La Residencia de Coloproctología consta de 2 (dos) Módulos de 1 (un) año cada uno. Para tener aprobada la Residencia debe tener aprobados los finales de los 2 módulos. En las Residencias Acreditadas al aprobar el examen final del segundo módulo (Residencia Aprobada) recibe el Título de Especialista en Coloproctología otorgado por la SACP que por ser entidad certificante automáticamente es reconocido por el Ministerio de Salud de la Nación.

Si en cambio la Residencia no se halla acreditada el residente se encuentra en condiciones de presentarse al examen de Especialista en Coloproctología de la SACP a efectuarse durante el año en que terminó su residencia.

Se deberá, por año, aprobar dos parciales (Octubre y Marzo) y un examen final (Mayo). Se aprobará con un puntaje de siete para un máximo de diez. La aprobación del examen final del 1° módulo lo habilita a cursar el segundo módulo. Si no aprueba el examen final del 1° módulo ni su recuperatorio se da por finalizada su residencia.

En las evaluaciones parciales y finales se debe presentar el listado de operaciones como cirujano y ayudante, en carác-

ter de declaración jurada con la firma aclarada del residente y refrendada por el Encargado de la residencia o el Jefe del Servicio.

Los examinadores serán Miembros del Consejo de Evaluación y Acreditación de la SACP quienes son designados por la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Coloproctología y forman parte del Consejo de Evaluación y Acreditación del Ministerio de Salud de la Nación, en representación de la SACP para tales fines.

Los residentes concurrirán al Servicio de lunes a viernes de 7 a 17 horas y los sábados de 8 a 12 horas.

La guardia activa o pasiva queda a criterio del Encargado de la residencia.

Debe tener como mínimo un ateneo mensual de alguno de los siguientes: clínico quirúrgico, anatomoclínico, bibliográfico, de mortalidad, de oncología, casos problema, complicaciones o similares, coordinado por el Encargado de la residencia, jefe del Servicio, especialista invitado o quien el Encargado de la residencia designe.

Debe tener como mínimo, un pase de sala con el Encargado de la residencia o quien él designe dos veces a la semana.

Debe tener entrenamiento en abordaje laparoscópico y videocolonoscopia diagnóstica y terapéutica. De no ser posible en el Servicio se debe rotar por una Institución aprobada por la SACP para efectuar dicho entrenamiento.

Al final de la residencia debe tener 30 cirugías de colon y 10 de recto como cirujano, de las cuales 5 de ellas deben ser por cirugía laparoscópica, con el doble de las mismas como ayudante.

En cirugía orificial el número debe ser igual a la cirugía Colorrectal.

Debe concurrir a las sesiones científicas de la SACP, al Congreso Argentino de Coloproctología y a las Jornadas Argentinas de Coloproctología.

Debe ser Miembro Adherente de la SACP.

Para aprobar la residencia se debe tener aprobado el Curso Anual de la SACP.

El Residente debe recibir como mínimo, una remuneración mensual en calidad de Beca.

De las capacidades del Residente al egreso

Al egreso el Residente de Coloproctología está en condiciones de actuar con solvencia en la prevención, pesquisa, diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes del ano, rectas y colon.

Tiene un firme concepto de la importancia sanitaria de disminuir la frecuencia del cáncer Colorrectal avanzado, con la pesquisa y tratamiento de las enfermedades pre-neoplásicas y del cáncer temprano.

Tiene claro concepto de su rol de agente sanitario en el seno de la comunidad.

Tiene una actitud y conducta ética con los colegas y los pacientes con base en los postulados hipocráticos y en los principios de la bioética moderna.

Del certificado de especialista

La Sociedad Argentina de Coloproctología otorga el certificado de Especialista en Coloproctología a quien aprueba la Residencia Medica Postbásica en Coloproctología acreditada.

Marco legal regulatorio del funcionamiento del sistema residencial de formación

El Ministerio de Salud de la Nación ha reconocido al Sistema de Residencias Medicas como la única estructura de formación apta e idónea para permitir la transición del recién graduado al médico general o especialista mediante un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollado en un servicio-institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional.

Con el propósito de encausar el proyecto de ordenamiento del sistema medico residencial manteniendo como premisa la de jerarquizar la calidad de la formación del equipo de salud mediante su acreditación, registración y evaluación permanente a través de entidades evaluadoras, en el cumplimiento de programas de residencias acreditadas, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación dictó la Resolución Ministerial N° 450/06 el 07/04/2006, la Resolución Ministerial N° 1922/07 el 06/12/2006 y la Resolución Ministerial N° 1342/2007.

A través de la Resolución Ministerial N° 450/2006 crease el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el que se desarrollara de acuerdo a los siguientes criterios básicos:

- Preservar el espacio de las Residencias del Equipo de Salud como sistema de formación para la promoción y cuidado de la salud de la comunidad.
- Articular las necesidades de formación con la necesidad del Recurso Humano en Salud relevado en el Sistema de Salud.
- Desarrollar un modelo educacional con programación supervisada, con integración docente asistencial, incentivando en la misma la concepción interdisciplinaria para la formación de equipos de salud.
- Considerar la formación para la acción, en escenarios emergentes o no tradicionales, teniendo en cuenta condicionantes socio sanitario y epidemiológico.
- Incorporar el criterio de calidad como una construcción continua, más que como un resultado y la periodicidad de la acreditación como un mecanismo de calidad.
- Promover la formación de Recursos Humanos en Sa-

lud enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando modelos de supervisión y evaluación permanente, adaptando la estructura de apoyo docente a los cambios dinámicos del entorno y articulando las oportunidades de formación con las verdaderas necesidades de la comunidad.

Integraran el Sistema creado por el artículo anterior: el COFESA como rector de la política a seguir en la formación del recurso humano en salud, la Subsecretaria de Política, Regulación y Fiscalización en Salud presidiendo el sistema, la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud como coordinador, la comisión Asesora de las autoridades del sistema, la Entidades Evaluadoras y cada uno de los formadores

A través de la Resolución Ministerial N° 450/06 se crea, como fue dicho en forma precedente, el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y además el Registro Nacional Único de Residencias Acreditadas del Equipo de Salud, estableciéndose a su vez el Registro Único de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud integrado por Sociedades Científicas/ Universidades u otras Organizaciones Civiles acreditadas por el Ministerio de Salud de la Nación, que son las encargadas de llevar adelante el proceso de evaluación.

Ambos Registros funcionarán en la órbita de la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud dependientes de la Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización en Salud.

Las acreditaciones tendrán como máximo un plazo de CINCO (5) años de vigencia durante el cual el equipo formador se compromete a facilitar y permitir todas las fiscalizaciones que la autoridad competente y las autoridades del sistema realicen.

La inscripción de las entidades evaluadoras se realizará por un plazo de TRES (3) años vencido el cual deberá solicitar, si así lo desea, su nueva inscripción.

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud tiene por objetivo definir las pautas para generar aprendizajes comunes y continuos a través de este sistema formativo. La acreditación actúa como mecanismo de supervisión y evaluación permanente de la calidad en la formación de recursos humanos.

Este Sistema funciona en la órbita del Ministerio de Salud, está presidido por la Subsecretaria de Política, Regulación y Fiscalización en Salud quien deberá diseñar las acciones para concretar las políticas directrices emanadas del COFESA y coordinado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.

En los considerandos de la Resolución 450/2006 donde se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud se deja constancia que, desde el ámbito privado, existen diferentes sociedades científicas y

profesionales que tienen en marcha una acreditación voluntaria, periódica y realizada por los pares de programas de residencias de salud, previos a esta Resolución.

Que, sin perjuicio de los esfuerzos realizados, desde el espacio público como el privado, no se ha logrado, tanto por factores organizacionales como normativos, la armonización federal en la formación de los recursos humanos que asegure mínimos estandarizados sostenidos en el tiempo.

Que, mediante el consenso generado en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) se estableció el Plan Federal de Salud cuyo objetivo es fijar las bases de la política sanitaria nacional desde el año 2004 hasta el año 2007.

Que, en dicho documento se dispuso "Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos". Que en el acápite citado precedentemente el COFESA ha establecido la política a seguir en la formación del recurso humano, ejerciendo el rol de rectoría que le es propio.

A través de la Resolución N° 1342/07 se implementó el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud creado por la Resolución N° 450/06 y se aprueban los Documentos "Criterios y estándares básicos de las Residencias del Equipo de Salud", "Esquema de Presentación de Programas Docentes de Residencias en Salud" y "Requisitos para la Inscripción de Entidades Evaluadoras".

En cumplimiento de la Resolución 450/2006 y de la Resolución 1342/2007 a fin de establecer parámetros comunes en el proceso de evaluación de las diferentes residencias, la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional ha

considerado necesario la elaboración de un Instrumento de Evaluación. Para la construcción de este documento se han tomado como antecedentes los instrumentos de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina (ACAP) y de autoevaluación elaborado en este Ministerio con asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También han participado en la producción asesores externos de distintas Sociedades Científicas que con sus aportes enriquecieron el trabajo de construcción.

El enfoque sobre el que se apoya este trabajo entiende a la evaluación como un proceso que parte de la recolección de información para tomar decisiones y procurar la mejora permanente de los aprendizajes de los Residentes en los ámbitos en los cuales se forme.

El instrumento de evaluación de residencias orientará la tarea de las Entidades Evaluadoras. Sin embargo, cada Sociedad o Entidad Evaluadora, de acuerdo a su buen saber y entender, podrá completar el mismo con aquellas especificidades que considere necesarias.

Una vez concluido el proceso de recolección de datos se analizará la información. Con ella los evaluadores realizarán un informe en donde consten observaciones generales, recomendaciones/sugerencias y ajustes para la mejora de la propuesta pedagógica destinada a los residentes.

A su vez, la devolución efectuada por las Entidades Evaluadoras se constituirá en insumo para la autoevaluación del Equipo Pedagógico a cargo de la Residencia y para quienes llevarán a cabo las mejoras en el proceso formativo de manera continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Médica Argentina (1960) jornadas sobre residencias hospitalarias, Buenos Aires 18 de noviembre de 1959. Rev. Asociación Médica Argentina. 74 (3).
2. Acosta, C et al. Guía para la elaboración de programas docentes de las residencias. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
3. Borrel Bentz, RM (2005) La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud OPS.
4. Davini, C et al. (2003) Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual, Buenos Aires, OPS, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud, UBA. Instituto Gino Germani.
5. Galli, A. Situación actual de la educación médica en Argentina. Educ med. (online), 2009, vol. 12. n.1.
6. Malamud, I et al. Notas para la evaluación del sistema de residencias médicas. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires 28(2)71-74.
7. Vidal, H et al. (2010): Las residencias médicas: su papel en la educación de postgrado en la República Argentina. Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de educación Médica de Postgrado ACAP. Buenos Aires. Mimeo.
8. Las Residencias Médicas. Su papel en la educación de postgrado. Documento ACAP. Dres. Vidal, H.J. Silverman, F; Aguilar Güiraldes Dmanrique, J L.; Pradier, R. Año 2010.
9. Sociedad Argentina de Coloproctología. Reglamento de funcionamiento y Acreditación de Residencia Médica Post Básica en Coloproctología.
10. Resolución 450/2006. Ministerio de Salud de la Nación. Crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
11. Resolución 1922/2007. Ministerio de Salud de la Nación.
12. Resolución 1342/2007. Ministerio de Salud de la Nación. Reglamenta el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
13. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011.
14. Resolución 303/2008. Ministerio de Salud de la Nación. Reglamento Nacional de Residencias.

CAPÍTULO 12

Coexistencia de otros Sistemas de Formación

Si bien la residencia es el medio más idóneo para la formación especializada también es cierto que por diversas situaciones no es suficiente la cantidad de residencias existentes para capacitar al número de especialistas que necesita la comunidad.

El hecho que la especialidad Coloproctología participe en los servicios asistenciales como integrante del Servicio de Cirugía General en calidad de Sector del mismo y teniendo estos servicios su residencia propia en cirugía hace difícil habilitar residencias especializadas que coexistan.

Como fue dicho en la introducción del Reglamento de la Residencia de la SACP la residencia no es la única manera de establecer el binomio enseñanza aprendizaje en la especialidad, motivo por el cual la SACP ha establecido un sistema de evaluación para el otorgamiento del Título de Especialista con exigencias diferenciales aceptando otros sistemas de formación de postgrado manteniendo sí, la exigencia de que todos ellos sean posteriores a la aprobación de la Residencia Completa en Cirugía General.

Además de la Residencia existen otros sistemas de formación en Coloproctología que se hallan vigentes en la actualidad, estos son la concurrencia y los Cursos Universitarios de Especialidad.

Sistemas de Concurrencias

Para el Documento Marco del Ministerio de Salud¹ las concurrencias, si bien ofrecen una formación en servicio, demandan una dedicación parcial a título honorario, lo que restringe sus posibilidades de organización y sistematicidad y la prolonga en el tiempo, ya que se extiende por lapsos como mínimo de cinco años.

El sistema de Concurrencias a Sectores de Coloproctología de Servicios de Cirugía General aceptados o reconocidos por la SACP con una antigüedad de 3 años, luego de haber aprobado la Residencia de Cirugía General y tener el título de especialista en Cirugía General, y una práctica quirúrgica avalada por un especialista en Coloproctología con título habilitante otorgado por la SACP, le permite al concurrente a presentarse al Examen de Especialista.

A partir del año 2002 la SACP planificó el sistema de evaluación para el otorgamiento del título de especialista, aún vigente, el que relacione la capacitación del aspirante mediante residencia o concurrencia en cirugía general con la concurrencia en coloproctología, todo medido en años y práctica quirúrgica para habilitarlo al examen de la especialidad.

Este examen, que es anual, consiste en una evaluación

teórica escrita tipo múltiple choice en el mes de agosto y una segunda evaluación oral en el mes de octubre a aquellos que aprobaron el examen escrito, ante mesa de expertos con presentación de casos.

Todo este proceso es auditado por la SACP mediante su Comité de Certificación el que avala ante el Ministerio de Salud de la Nación y el CCPM de la Academia Nacional de Medicina la transparencia del proceso.

Si bien la concurrencia es un método obsoleto y ya abandonado como formador en los centros de primer nivel del mundo organizado, es en nuestro medio, por muchos motivos, la vía práctica más accesible para dar conocimientos mínimos que habiliten una práctica médica especializada de calidad más controlada.

Se trata de aceptar centros en los que participen especialistas en Coloproctología certificados por la SACP, que habiliten y garanticen la calidad de la enseñanza teórica con una actividad quirúrgica activa y supervisada.

Un serio inconveniente se presenta en este formato de formación. Si bien la capacitación teórica es aceptable, el sesgo se presenta en la posibilidad de la capacitación práctica quirúrgica. No en todos los centros se permite la actividad quirúrgica de los concurrentes, los que ante la imposibilidad de desarrollar su práctica quirúrgica en los centros donde asisten en condición de tal, terminan operando o ejercitando su entrenamiento quirúrgico en áreas de segundo nivel, poco controlados o escasamente tutorizados o supervisados por el responsable de la concurrencia, lo que compromete el control de la calidad en la práctica de las enseñanzas teóricas impartidas.

La SACP ha creado un Comité de Control de Calidad de Concurrencias que actúa como auditor de los centros habilitados para funcionar como formador de especialistas con el precitado sistema. Existen tres centros, dos en Capital Federal y uno en la Ciudad de Rosario que desarrolla actividad formativa auditada, mediante el Sistema de Concurrencias que como se dijo habilitan a la presentación del Examen Anual de Especialista.

Condiciones de admisión de los postulantes para el certificado de especialista

Los aspirantes deberán completar la ficha de Solicitud de Admisión para la obtención del Certificado de Especialista en Coloproctología, completando la totalidad de los datos requeridos, y aceptando las disposiciones establecidas por la Sociedad Argentina de Coloproctología para el otorgamiento del citado certificado, que se describen:

1. Presentar fotocopia de título de Médico y Matrícula Nacional.
2. Presentar Curriculum Vitae.
3. Ser miembro de la Sociedad Argentina de Coloproctología con dos años de antigüedad al momento de la inscripción, con cuotas societarias al día.
4. Desarrollar tareas asistenciales en un Servicio de Coloproctología o en un sector de Coloproctología de un Servicio de Cirugía aceptado por la SACP y estar avaladas estas funciones por el Jefe del Servicio o Sector a través de una nota de presentación.
5. Presentar lista de operaciones y procedimientos de la especialidad efectuada en los 2 (dos) últimos años en un centro aceptado por la Sociedad Argentina de Coloproctología, certificada por el Jefe de Servicio o el director de la Institución. Las operaciones y procedimientos se dividen en 5 categorías: a) Cirugía orificial; b) Cirugía rectal; c) Cirugía colónica; d) Video colonoscopías; e) Otros procedimientos diagnósticos (manometría anal, defecografía, ecografía endorrectal, etc.).

En la lista, además de desglosar las operaciones de colon o recto de aquellas que correspondan a patología anal, se deberán asentar en qué condiciones actuó (como cirujano o como ayudante).

La lista de procedimientos coloproctológicos presentada será evaluada por el Consejo de Certificación de la SACP para su aceptación. La decisión del citado Consejo será inapelable.

6. Estar comprendido en algunas de las opciones que se detallan:
 - a. Residencia completa en Cirugía General y Certificado de Especialista en Cirugía de la Asociación Argentina de Cirugía + Residencia completa en Coloproctología de un Servicio de Coloproctología aceptado por la SACP (dos años) y no acreditado.
 - b. Residencia completa en Cirugía General y Certificado de Especialista en Cirugía de la Asociación Argentina de Cirugía + Concurrencia de 3 años a un Servicio o Sector de Coloproctología aceptado por la SACP.
 - c. Concurrencia de 5 años a un Servicio de Cirugía General aceptado por la SACP y Certificado de Especialista en Cirugía de la Asociación Argentina de Cirugía + Concurrencia de 3 años a un Servicio o Sector de Coloproctología aceptado por la SACP.

Se reglamenta la evaluación teórico-práctica del aspirante mediante las siguientes normas:

- A. Los aspirantes deberán cumplimentar los requisitos exigidos por la SACP para su admisión.

- B. El cumplimiento de los requisitos reglamentarios por parte de los aspirantes será evaluado en cada caso por el Consejo de Certificación, quien admitirá para el examen evaluatorio a aquellos que hayan cumplimentado lo exigido. Su decisión será inapelable.
- C. La Mesa Examinadora se reunirá una vez por año en el mes de Agosto para para el examen escrito y en el mes de Octubre para el examen oral. La fecha límite de inscripción para los aspirantes será el 15 de Junio de cada año.
- D. El examen escrito será de tipo multiple choice. Se llevará a cabo en la sede la SACP y será confeccionado y supervisado por docentes de la Sociedad designados para tal fin por el Consejo de Certificación. Este examen escrito consistirá en 140 preguntas: 100 sobre temas de la especialidad, 20 sobre imágenes con mostración y 20 sobre patología.
- E. La segunda evaluación oral en el mes de Octubre será tomada a aquellos que aprobaron el examen escrito, ante mesa de expertos, con 3 pares de docentes y con presentación de casos.

Examen escrito

Dentro del examen escrito para el título de especialista en Coloproctología otorgado por la SACP, debemos destacar la implementación del múltiple choice, adaptado a las consideraciones últimas sobre cuál es la mejor metodología y propiciado por el CCPM y la Academia de Medicina.

Basado en el trabajo de Case y Swanson, se considera que la evaluación a través de esta metodología se debe cumplir las siguientes condiciones de calidad:²

1. Tabla de especificaciones (cantidad de temas y preguntas).
2. Nivel taxonómico de las preguntas.
3. Calidad técnica de las preguntas: Escala Galofré.
4. Clave de corrección; consenso de por lo menos 3-5 especialistas.
5. Revisión de las respuestas: índice de dificultad y distractores que no funcionaron.

Cantidad de opciones (Clave + distractores) (Tarrant)

- Todas las opciones deben resultar atractivas y homogéneas.
- Buena opción: si es elegida por el 5% de los examinandos por lo menos.
- Cuando todas las opciones “funcionan” bien la pregunta es más difícil y discrimina más.

Niveles taxonómicos

- Memoria: Recordar un hecho específico, nombrar, identificar, enunciar, enumerar, definir, describir.
- Comprensión: Interpretar, ejemplificar, clasificar,

comparar, explicar, resumir.

- Aplicación: Utilizar el conocimiento en una situación particular, analizar datos y sacar conclusiones, justificar, planificar, tomar decisiones (diagnóstico, conducta a seguir, solicitar estudios, indicar (tratamiento)).

La revisión de la calidad de las preguntas debe hacerse en el análisis de cada una de las preguntas utilizando la escala de Galofré. Además, se debe identificar los defectos. Preguntas con tres defectos no deben ser incluidos en el examen.

Escala Galofré: 10 criterios²

1. Presenta viñeta.
2. Enunciado completo.
3. Evita negaciones.
4. Concordancia gramatical.
5. Distractores verosímiles.
6. Extensión opciones.
7. Opciones homogéneas.
8. Opciones ordenadas.
9. Evita todas-ninguna.
10. Nivel taxonómico de aplicación.

Los defectos de construcción más frecuentes en orden decreciente son:

- Falta de viñeta.
- Exploración de conocimientos solo a nivel de memoria.
- Uso de negaciones (incorrecta-no es-excepto).
- Enunciados incompletos.

Índice de dificultad

La interpretación del porcentaje de respuestas correctas se debe definir de la siguiente manera:

- 45 al 75%: Dificultad media. En este porcentaje deberían estar la mayor parte de las preguntas.
- 76 al 90%: Esta es una pregunta fácil y debería usarse en pocas ocasiones.
- 25 al 44%: Esta es una pregunta difícil y debería ser usada en determinadas ocasiones.
- -24 o +91%: Ésta sería una pregunta o extremadamente difícil o fácil y debería ser eliminada a menos que el contenido sea esencial.

Índice o grado de discriminación³

Es importante saber si la pregunta está bien aplicada, y esto lo logramos con los índices de discriminación:

- Si la pregunta es respondida correctamente por la mayoría de los alumnos con puntos más altos y, al mismo tiempo, la mayoría de los alumnos con puntajes más bajos la responde mal, la pregunta tiene la discriminación positiva (discrimina bien).

- Si la pregunta es respondida correctamente por un número similar de alumnos con puntajes altos y bajos, su discriminación es nula (no discrimina entre los dos grupos).
- Si la pregunta es respondida correctamente por la mayoría de los alumnos con puntajes totales bajos, y al mismo tiempo, la mayoría de los alumnos con puntajes más altos la responde mal, la pregunta tiene discriminación negativa (discrimina mal).

Cursos Universitarios de Especialistas (Cursos Universitarios Postbásicos de Enseñanza de Coloproctología)

Según el Documento Marco del Ministerio de Salud,¹ las Carreras de Especialización a través de los Cursos Universitarios de Especialistas, tradicionalmente fueron dictadas por las Universidades o por Entidades Científico Profesionales, centrándose en los aspectos teóricos de la formación y asumiendo que la práctica estaba cubierta en otros ámbitos del campo de los servicios, aun cuando no existiera una supervisión sistematizada. Se trata en ambos casos de propuestas de formación que habitualmente son financiadas por los interesados. En los últimos años se ha producido un acercamiento entre estas ofertas y las residencias en vistas de que la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo de acreditación universitaria, da relevancia a la articulación de los posgrados con residencias establecidas.⁵

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires reglamentó en 1989 las "Carreras de Médicos Especialistas" aplicando el Estatuto Universitario de 1966 – Ley 2308 – inicialmente teóricas discutiblemente útiles, sujetas a varias correcciones hasta que en 1996 la Ley de Educación Superior estableció "que las carreras de postgrado debían ser acreditadas por la CONEAU" y esta a su vez definió que "la importancia de estas carreras estén ligadas íntimamente a la residencia médica, herramienta fundamental para la formación del especialista".

Deja constancia que la evaluación debe hacerse con la participación de los pares a través de las sociedades correspondientes, cuyo dictamen constituye la base sobre la que se asienta la decisión de la CONEAU en la acreditación de las Carreras Universitarias de Especialización.⁷

En esta dirección es interesante el concepto del Dr. Alberto Agrest⁶ miembro del CCPM de la Academia Nacional de Medicina que opina: "nada se aprende si no se tiene una experiencia directa y que nada se aprende críticamente si no se trabaja en la producción de conocimiento. Lo aprendido en clases, cursos o conferencias aportan a la cultura general y al entretenimiento, no al aprendizaje de una profesión que exige conocimientos críticos y alguna suerte de decisión de efectos trascendentales".

Al referirse al tema la reunión de Decanos de las Facul-

tades de Medicina organizada por la ACAP realizada el 15/5/2009 en la Academia Nacional de Medicina, fue unánime en el acuerdo en considerar a la Residencia Médica como un requisito indispensable para cursar una Carrera Universitaria de Postgrado ya sea previa o simultánea,

Según el documento sobre Residencias Médicas efectuado por ACAP, la Resolución 450/06 del Ministerio de Salud Pública de la Nación “con respecto a la relación entre Programa de Residencia y Carrera Universitaria de Especialización”, la respuesta fue prácticamente unánime pero reconoce que pocas pueden ser controladas fuera de la Ciudad de Buenos Aires.

“La actitud de las Sociedades ante la inscripción en el Registro Único de Entidades Evaluadoras de la Resolución 450/06 fue unánimemente positiva demostrando que han tomado conciencia de su responsabilidad como evaluadores naturales de calidad”.

Existe en nuestro medio un Curso Universitario de Especialidad dependiente de la Universidad de Buenos Aires el

que se dicta en cuatro centros diferentes. Los cursantes son becarios. Los cursos son teóricos, con diferentes sistemas de prácticas quirúrgicas según los centros donde se dictan. También los sistemas de evaluación varían según cada centro. Los títulos otorgados por este sistema son reconocidos por el Ministerio de Salud como títulos universitarios. Es de hacer notar que en el listado de Cursos de Postgrado Acreditados en la República Argentina por la CONEAU en su Edición de 2017 no existe ningún Curso Universitario de la Especialidad Coloproctología acreditado ni reconocido por esta institución.⁸

La SACP no controla, no evalúa, no reconoce, ni participa en el otorgamiento de los títulos de especialistas mediante el sistema de Cursos Universitarios de Especialistas.

Nuestra doctrina comparte la de la CONEAU: la carrera universitaria debe estar ligada íntimamente a un programa de Residencia evaluada y acreditada por sus pares a través de la SACP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco. Año 2011.
2. VII Jornada del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Academia Nacional de Medicina. 21 de Junio de 2016- Lic. Amanda Galli.
3. Academia Nacional de Medicina, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Aspectos metodológicos de la evaluación escrita. Lic. Norma Tauro.
4. Academia Nacional de Medicina. Preguntas de opción múltiple. Prof. Horacio Argento. Junio de 2016.
5. Las Residencias Médicas. Su papel en la educación de postgrado. Documento ACAP. Dres. Vidal, H.; Silberman, F; Aguilar Güiraldes D; Manrique, J.; Pradier, R. Año 2010.
6. Agrest A. La acreditación de programas educacionales. IX Seminario de programas educacionales del CCPM. Academia Nacional de Medicina. Bs.As. 4/11/97 Pag.184- 190
7. CONEAU. Procedimientos y solicitud de acreditación de especialidades en ciencias de la salud. Bs.As. Octubre 1997
8. CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). Listado de postgrados evaluados y acreditados por la (CONEAU) del conjunto de cursos del sistema universitario tanto en el nivel de especializaciones y maestrías como en el doctorado de su edición 2017.

CAPÍTULO 13

Calidad en la Formación del Coloproctólogo

Se entiende como programa de formación de especialista en medicina de calidad, aquel que posee cualidades de excelencia en su desarrollo, su actualidad académica y en su capacitación técnica, aplicado en un centro de alta complejidad con experiencia educacional de múltiples especialidades interconectadas en la actividad diaria, acreditado, evaluado y auditado periódicamente por autoridades competentes.

Según el CCPM la calidad incrementa los resultados en el nivel de la salud deseada y son consistentes con el conocimiento profesional actual. ¿Cómo se evalúa la calidad?: mediante la observación sistemática, la comparación con un estándar, el monitoreo del proceso y un feed back asociado que previene el error. Su aplicación tiene el propósito de la mejora de la calidad.

¿Cómo garantizamos la calidad?: Mediante un conjunto de procedimientos, auditorías y medidas correctivas para todas las pruebas de investigación, estudios diagnósticos, pruebas de control, estudios de muestreo, análisis y otras actividades técnicas y de información. Además, hay que consignar el control de procesos y el control de resultados. La garantía de calidad facilita la calidad asistencial y asegura la satisfacción de los actores intervinientes en el proceso y los beneficiarios del resultado.

¿Cómo obtenemos la mejora de calidad?: Mediante la optimización de los recursos incluyendo conocimiento, habilidades prácticas, recursos materiales para lograr buena salud. Éste es un método que logra mejorar la atención médica monitoreando los elementos de diagnóstico, tratamiento y resultados. Se visualiza cuando se producen procesos de optimización de la performance de los efectores individuales y de los sistemas en los cuales ellos trabajan.

Si bien estas apreciaciones son conceptualmente ideales y teóricas, únicamente se pueden plasmar en la práctica, si cada uno de los estamentos que conducen a la excelencia, la formación profesional del especialista en Coloproctología, cumple con su deber.

Dijo Leandro N. Alem: “no hago lo que quiero ni lo que puedo, hago lo que debo”.

Si en cada peldaño, de la larga escalera que conduce a la transformación del aspirante en un especialista de calidad de cualquier rama de la medicina, se hace lo que se debe, el éxito será el fruto y la excelencia se habrá logrado. Como siempre todo depende del hombre.

Para esto es imprescindible que en cada peldaño de esta larga escalera, se halle quien con sabiduría, constancia, responsabilidad, prudencia, dedicación, respeto, sentido

de pertenencia, estabilidad en la función y por sobre todo amor por la sagrada tarea de enseñar, este cumpliendo con aquello con lo que se ha comprometido.

Como fue dicho, la escalera es larga y cada peldaño debe auditar al peldaño anterior. Esa es la tarea que habrá de conducirnos a la excelencia y a la calidad en la formación que se traducirá en profesionales confiables para la atención de la población. En cada peldaño las responsabilidades serán diferentes.

Las Sociedades Científicas son organizaciones creadas por los pares, para la atención de la problemática específica de los temas que los ocupan. Estos temas constituyen las competencias correspondientes a cada especialidad. Una de las competencias que los reclama es ocuparse de la organización, acreditación, evaluación y auditoría de los programas de formación de los futuros pares.

Se requiere que los pares se comprometan en la función primaria de establecer los programas con las pautas mínimas de formación. Estos programas serán actualizados periódicamente en relación a los avances y evolución de los conocimientos. Estos programas de formación sería deseable que sean similares en todo el territorio del país, a los fines que la preparación de los especialistas de todo el país sea similar.

Serán los pares quienes tienen a su vez la responsabilidad de evaluar y categorizar a los centros de formación de especialistas.

Serán también los pares quienes a través de su Consejo de Evaluación evaluarán periódicamente mediante exámenes parciales o finales la calidad de la enseñanza impartida y su aprovechamiento. Controlarán la realización de las prácticas quirúrgicas en cantidad, calidad, grado de complejidad ascendente. Supervisará el grado de acompañamiento que tiene el colega en su formación, a través de las ayudantías activas educacionales por parte del jefe del Servicio y de los responsables de área docente.

Esta función de contralor por parte de los pares del progreso en la práctica y la enseñanza hacen a la calidad del centro formador.

Se pondrá especial énfasis en la complejidad del centro educacional, la coexistencia de áreas de formación de otras especialidades, la excelencia del área de estudios complementarios y su relación con la especialidad para categorizar el ámbito y su organización.

El centro formador a su vez, como unidad educacional institucional comprometido en la calidad de su función, será responsable de mantener además de la excelencia aca-

démica, de la provisión y mantenimiento del instrumental científico de alta complejidad y comunicacional mediante sistemas computarizados de fácil acceso imprescindible para la tarea asistencial y educativa.

Sera de prioridad del centro para ser efectivo en esta tarea, la calidad y excelencia de los servicios de base como Laboratorio, Anatomía Patológica e Imágenes que son soporte para las decisiones asistenciales y educativas.

Se deberá estimular el dialogo e intercambio de opiniones entre los servicios que componen la unidad educacional, mediante ateneos centrales o sectoriales para discutir o definir conductas en casos problema o evaluar resultados sobre decisiones previas, lo que eleva la calidad asistencial del centro.

El Departamento de Docencia e Investigación de la Unidad Educacional cumple una tarea fundamental en la generación de calidad y excelencia de las unidades de formación que de él dependen. Su tarea es múltiple ya que además de coordinar el funcionamiento administrativo de estas unidades, será la responsable de facilitar y estimular la creación de áreas de comunicación entre ellas. A través de ateneos centrales organizados por el Departamento de Docencia, de presentación de casos o de morbilidad se fomentará el dialogo médico tan útil en la calidad de la formación. Será su tarea además el control del cumplimiento de los programas educativos y de las evaluaciones de cada área de formación.

Será de su responsabilidad además la acreditación del área y su mantenimiento en el tiempo. Estimulará un dialogo fluido y constructivo con las otras áreas de auditoria como Sociedades Científicas, Universidad, Academia de Medicina o Ministerio de Salud coordinando con ellos la supervisión del área educacional.

La unidad docente por excelencia de formación del coloproctólogo es el Servicio de la Especialidad. En él asienta el germen que habrá de darle al aspirante las armas necesarias para ejercer en forma idónea su tarea asistencial especializada. El Servicio debe ser conducido por un especialista en Coloproctología, titulo otorgado por la SACP.

Cuando el Jefe del Servicio de Coloproctología asume la responsabilidad de la formación del futuro especialista, se compromete ante sus pares, ante la SACP que lo avala y lo audita y ante la sociedad toda, a ser fiel al cumplimiento de los principios docentes de enseñanza de postgrado.

El cumplimiento de estos principios incluye ser ejemplo diario para sus pares, en el respeto de sus horarios, su vestimenta, su lenguaje, su sentido de pertenencia del lugar que ocupa. Su conducta en la conducción del grupo, le impone convertir a este en un equipo donde todos participen, donde todos opinen, donde todos se sientan integrantes independientemente de su función, como médicos de planta o como residentes, sabiendo todos que su presencia y sus

opiniones serán respetadas. Debe estimular al crecimiento del grupo teniendo únicamente como meta el mantenimiento de la excelencia y la calidad de cada una de las tareas emprendidas, sean estas asistenciales, de tácticas o técnicas quirúrgicas o académicas.

Las recorridas de salas deben ser diarias conducidas por el jefe e integradas por el resto del equipo. Deben ser diarias porque nuestra especialidad es quirúrgica y el paciente operado requiere una atención diaria. La reunión posterior a la recorrida, donde el equipo en conjunto analiza la evolución de cada paciente y se toman en conjunto las decisiones en cada caso, es el caldo donde abreva la excelencia del aprendizaje diario de ese libro abierto que es el paciente. La sabia conducción de esa reunión por parte del Jefe, armonizando el equilibrio ante diferentes opiniones del equipo, hace al crecimiento mediante el dialogo, de la calidad asistencial del Servicio.

El Jefe del Servicio además de coordinar, en base a su complejidad, la lista de operaciones, participará como cirujano o como ayudante en la mayor cantidad de cirugías donde estén presentes los residentes. Su presencia además de dar un marco de mayor seguridad, permite orientarlos en la resolución adecuada de los casos complejos, poniendo énfasis en los detalles tácticos, técnicos y anatómicos que hacen a la prolijidad del acto quirúrgico y al resultado de la cirugía. Esto es priorizar la calidad del acto médico quirúrgico.

Participará en la protocolización de todas las cirugías que se realizan en el Servicio lo que es un signo de prolijidad del mismo y un elemento guía facilitador en el área docente para el ordenamiento del equipo.

La coordinación del Jefe de Servicio de todos los ateneos que se desarrollan en el mismo sean estos de sala, bibliográficos, de morbilidad, de resultados o multidisciplinarios jerarquizan a los mismos. Además el jefe estimulará a que los integrantes del equipo presenten trabajos científicos en sociedades, congresos o jornadas y que asistan a las reuniones científicas de las sociedades, a congresos o cursos de la especialidad en el país o en el exterior lo que permitirá el mantenimiento de la capacitación individual y de la calidad educativa del grupo.

El último eslabón de la larga cadena para dar calidad y excelencia al programa de formación de un especialista en cualquier rama de la medicina, es el correspondiente a las autoridades del área de salud del país. Es difícil aplicar criterios de unificación en un país con sistema de gobierno federal. Cada provincia tiene sus autoridades sanitarias aglutinadas en su ministerio de salud provincial, el que en cada provincia tiene sus propios problemas sanitarios y con las que no siempre es simple lograr acuerdos o convenios.

El ideal es como se dijo, lograr tener programas de formación de especialistas en todas las especialidades médicas

similares en todo el país, a fin de lograr especialistas de similar formación. Estos programas de formación similar en todo el país deberían tener acreditaciones y evaluaciones similares por las mismas autoridades sanitarias nacionales y provinciales. En el país solamente dos especialidades han logrado tener un programa de formación y un sistema de acreditación y evaluación igual en todo el país. Estas corresponden a las especialidades de Pediatría y Anestesiología. En el resto de las especialidades esta es una deuda pendiente.

El Ministerio de Salud de la Nación ha trabajado y tra-

baja intensamente junto a la Academia de Medicina y el CCPM, en lograr una unidad en el programa de formación y evaluación para el otorgamiento del título de especialista que habilite la tarea asistencial del graduado. A través de la Resolución 450/06 que establece el régimen de Acreditación de las Residencias el Ministerio de Salud de la Nación sentó las bases para acreditar y evaluar los centros donde se desarrollan programas de residencias y a través del COFESA lograr tener información nacional sobre las residencias existentes y su programa y desarrollo. Es mucho lo que falta para lograr esta unidad. Depende de nosotros lograrlo.

CAPÍTULO 14

Certificación y Rectificación

Siguiendo la línea directriz trazada anteriormente, el graduado sigue una orientación quirúrgica y luego una preferencia en Coloproctología. Si decide idealmente, o no, una residencia en coloproctología, el paso a seguir es de una certificación en la especialidad. Pero aquí no termina el proceso, porque esta línea directriz sigue en el tiempo hacia una recertificación cada cinco años, para luego repetir en el tiempo cada cinco años. El aprendizaje de un médico debe continuar durante el tiempo que dure su ejercicio profesional. Tiene la responsabilidad de seguir aprendiendo y mantener su competencia profesional para asegurar una atención de calidad. Gramaticalmente es un gerundio, un haciendo y no un participio perfecto, es decir algo que está hecho.

Cuando una persona tiene una alteración en su salud, desea que lo atienda un médico que esté lo mejor preparado, al que deposita su confianza. ¿Quiénes son aquellos médicos que ofrecen a los pacientes esa garantía de idoneidad?: Son los profesionales médicos certificados cada uno por la Sociedad Científica de la Especialidad a la que se dedica.

El Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) fue creado en 1991 en la Academia de Medicina para unificar criterios necesarios para otorgar la certificación.

El CCPM avala en cada Sociedad Científica la certificación con un diploma que respalda la calidad de su profesión.

Por consiguiente, aquellos profesionales certificados por las respectivas Sociedades Científicas, cuentan con el aval del CCPM. Estos médicos certificados son la mejor garantía para aquellos pacientes que quieren ser atendidos por médicos que le ofrezcan la excelencia de su práctica médica.

Por medio de un acuerdo firmado por el CCPM y las Sociedades Científicas el CCPM tiene como objetivo principal promover programas de educación médica y mecanismos de certificación confiables que aseguren la calidad de los profesionales que certifican. El objetivo del convenio es que se establezca un estándar que permita obtener bases nacionales. Para ello el CCPM ha fijado requisitos mínimos, acordado en los distintos Talleres y Jornadas, realizados en los años 1995, 2009 y 2011.¹

Para los requisitos de la Certificación es necesario que el profesional acredite ser médico matriculado, y haber completado programas formativos de postgrado realizados en Residencias o sistemas alternativos.

Luego de presentar los antecedentes deberán ser sometidos a una evaluación presencial de capacidad, con exá-

menes escritos y orales. Se destaca que la Sociedad de Coloproctología ha establecido un examen escrito Multiple Choice y un examen oral con tres pares de docentes.

Los requisitos que son necesarios posteriormente se refieren a la revalidación periódica que serán cada cinco años.

Respecto de las competencias, cada especialidad deberá tener claramente definidas sus competencias en términos de actividades operativas que identifiquen sus conductas específicas de aplicación.

Cada especialidad deberá encuadrarse dentro de una de las siguientes denominaciones:

- Especialidad básica. Es la que requiere sólo el título de médico para acceder a su formación.
- Especialidad Postbásica, como es la especialidad en Coloproctología, no es necesario revalidar la especialidad básica si no la ejerce junto a la Postbásica.
- Calificación especial o agregada. Es aquella que se puede seguir a partir de las básicas y postbásicas. El profesional debe revalidar la especialidad que lo habilita para la capacidad especial, además de esta última.

La evaluación de los programas de capacitación de postgrado deberá contar con tres responsabilidades primarias:

- La acreditación del programa.
- La ejecución del programa.
- La certificación de los que completaron el programa por el reconocimiento del mismo y la evaluación directa del profesional que lo ha completado.

Las Instituciones que tengan convenio vigente con el CCPM deberán manifestar su adhesión a los requisitos mencionados en el Anexo V, versión 2012.

Además de formar el Ente Certificador, por formar parte de un organismo eminentemente técnico, es conveniente que los Miembros de los Consejos o Tribunales de la Evaluación de las Sociedades Científicas no formen parte de las Comisiones Directivas de las mismas y tengan continuidad, designados dos miembros ante el Ente, con mandato no menor a cuatro años.

Además, es conveniente, por medio de otro organismo que puede ser parte de la misma Institución, la acreditación de programas de capacitación que como prerequisites deben haber cumplimentado los postulantes a ser certificados.

La recertificación es un proceso para documentar que Coloproctólogos certificados mantienen sus destrezas y conocimientos necesarios para proveer de calidad en el de cuidado de pacientes, y da a los especialistas diplomados la oportunidad de demostrar a sus pares, pacientes y

al público en general, un compromiso de aprendizaje y mejora a través de su vida en el campo de acción de su práctica médica.

Se define el Desarrollo Profesional Continuo como el aplicativo de la Educación Médica Continua para man-

tener un alto nivel de competencia en el ejercicio de la profesión.

Se jerarquiza el profesionalismo en relación a la competencia y excelencia del ejercicio de la medicina como requisito para revalidar la certificación

BIBLIOGRAFÍA

1. Anexo V Versión 2012, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Acuerdo para la certificación y su revalidación periódica en

Profesionales de las Especialidades Médicas.

CAPÍTULO 15

Conclusiones

- Nuestro país carece de una base sustentable de formación de postgrado en todas las especialidades médicas.
- En la actualidad se carece de un marco de referencia indispensable, que debiera darle una política de estado coherente de salud-educación extendida en forma similar a lo largo y lo ancho del país.
- Es esta una crisis crónica que ocupa los últimos cuarenta o cincuenta años de nuestro país, y que solo puede ser revertida por una acción ordenada y organizada por las áreas nacionales y provinciales responsables de la salud pública, unidos todos en una tarea común, intercambiando roles y funciones sin tratar de imponerse unos a otros, sino más bien interactuando con el fin de lograr el bien común.
- El 70,2% de los alumnos de 6° grado de primaria y 5° año de secundaria no pueden resolver problemas sencillos de matemáticas y el 46,4% saben leer, pero no comprenden textos básicos (Prueba Aprender 26/5/17).
- En nuestras Universidades la mitad de las decisiones de abandono se adoptan en el primer año de estudio, que en algunos casos llega al 50%, y en los últimos años se repiten las mismas cifras: sólo el 30% de los ingresantes llegan a graduarse cifra exigua si se la compara con Japón (91%), Chile (60%) o Brasil (50%).
- En los últimos años se ha notado un deterioro en la calidad en la formación final del residente en cirugía, asociado a un relajamiento en el cumplimiento de las pautas programáticas y fundamentalmente en la reducción del número de acreditaciones de los centros responsables.
- Para entender bien cuál es la función final de la residencia en cirugía, tenemos que ser conscientes que si estadísticamente al terminar la residencia alrededor del 75% siguen una subespecialidad, esto significa que la residencia en cirugía es un paso, a otras especialidades quirúrgicas, lo que nos obliga a repensar el rol de la cirugía en la planificación.
- La Coloproctología fue reconocida como Especialidad por el Ministerio de Salud de la Nación mediante la Resolución 1105 en el año 2006.
- Mediante la Resolución 1849/2008 el ministerio de Salud de la Nación reconoce a la Sociedad Argentina de Coloproctología como entidad científica certificante.
- Los formatos de enseñanza de la Coloproctología en nuestro país son la Residencia Postbásica en la Especialidad, la Concurrencia en Coloproctología y los Cursos Universitarios de Especialidad.
- La Residencia en Coloproctología es la única estructura de formación apta para permitir la transición de residente en cirugía recién graduado al especialista en Coloproctología, mediante un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollado en un Servicio-Institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional...
- Si bien la concurrencia es un método ya abandonado como formador en los centros de primer nivel del mundo organizado, es en nuestro medio por los motivos previamente expresados, la vía práctica más accesible para dar conocimientos mínimos que habiliten una práctica médica especializada de calidad controlada.
- Los Cursos Universitarios de Especialistas, fueron tradicionalmente dictadas por las Universidades o por Entidades Científico Profesionales, centrándose en los aspectos teóricos de la formación.
- La Ley de Educación Superior en 1996 estableció "que las carreras de postgrado debían ser acreditadas por la CONEAU" y esta a su vez definió que "la importancia de estas carreras estén ligadas íntimamente a la residencia médica, herramienta fundamental para la formación del especialista".
- Nuestra doctrina comparte la de la CONEAU: la carrera universitaria debe estar ligada íntimamente a un programa de Residencia evaluada y acreditada por sus pares a través de la entidad certificante.
- En la actualidad la SACP no controla, no evalúa, no reconoce, ni participa en el otorgamiento de los títulos de especialistas mediante el sistema de Cursos Universitarios de Especialistas.
- Destacamos la importancia de la certificación y la recertificación como medio para el perfeccionamiento continuo del coloproctólogo.
- Nuestro mensaje final es que todos los servicios de coloproctología en el país hagan los esfuerzos máximos para instalar en sus servicios las residencias en coloproctología, ya que constituye el mejor elemento en la formación del coloproctólogo.



**ESTAR BIEN
ES LO PRIMERO**



GALENO

Sólo hay

UN
HUMIRA

 **HUMIRA[®]AC**
adalimumab

Enfermedad
de Crohn y
Colitis Ulcerosa
moderada a
severa

HUMIRA[®]AC
*Un perfil
inigualable*

Más de 1.000.000
pacientes tratados a nivel mundial.¹

Más de **20** años
de experiencia clínica
con HUMIRA.²

16 indicaciones aprobadas:
Más que las de cualquier otro
biológico disponible.³

DERM 025.18

Referencias

1. Data on file, AbbVie Inc. 2. Primera Dosis aplicada en Abril de 1997. 3. Prospecto Humira vial pediátrico aprobado por Disposición DI-2018-1485-APN-ANMAT#MS. - Prospecto Humira AC Pen aprobado por Disposición 10120/2017, 22/Sep/17.

abbvie

Producto importado y distribuido por AbbVie S.A. La información de prescripción completa se encuentra a disposición de los profesionales médicos en la Dirección Médica de AbbVie S.A.: Ing. E. Butty 240, piso 13-C1001AFB - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel.: (011) 5282-7200