

Reflexiones sobre algunas realidades y perspectivas de la cirugía y de los cirujanos del siglo XXI

L. Fernández-Cruz

Catedrático de Cirugía. Universidad de Barcelona. Presidente de la Sociedad Catalana de Cirugía. España.

Introducción

Ahora que hemos comenzado con éxito este nuevo milenio, después de haber despejado los miedos de la transición, se hace necesaria la discusión del papel de la cirugía y de los cirujanos en esta nueva era. Si empezásemos diciendo que el momento de la cirugía actual es de crisis e incertidumbre, seguro que nos ganaríamos la adhesión entusiasta de muchos cirujanos. Es por ello que encontramos justificado realizar una reflexión crítica de la profesión de cirujano y del medio que, como profesional, debe centrar su trabajo.

Consideración social de los cirujanos

Una afirmación positiva es que la cirugía nunca ha alcanzado a lo largo de su historia un período más brillante que el actual al poder dominar, aunque no de manera absoluta, los tres problemas principales con que se enfrentaba la cirugía hace 50 años: el control del dolor, de la hemorragia y de la infección. Muchos procedimientos operatorios, debido a estas circunstancias, no necesitan de ingreso hospitalario; es la llamada cirugía mayor ambulatoria, lo que supone un menor estrés para los pacientes y una disminución de los gastos sanitarios que requiere la hospitalización. Además, se ha desarrollado una cirugía que ha sido denominada “amiga del paciente”, la cirugía endoscópica, que mediante un abordaje de acceso mínimo permite realizar los procedimientos operatorios con la misma efectividad que los procedimientos abiertos, que requieren amplias incisiones cutáneas y extensos traumatismos en los tejidos musculoponeuróticos. A igual efectividad, la cirugía de acceso mínimo es más confortable para el paciente, se asocia a un menor dolor postoperatorio y la recuperación sociolaboral es más rápida. También, los continuos avances en la inmunología, la farmacología y las técnicas de conser-

vación de órganos han posibilitado el desarrollo de la cirugía de los trasplantes. Esta cirugía no sólo permite la curación de enfermedades crónicas irreversibles, sino la rehabilitación de estos pacientes con una aceptable calidad de vida. Por último, los avances en la anestesia y en la reanimación permiten la realización de una cirugía oncológica (procedimientos operatorios de larga duración y complejidad) con una morbilidad y mortalidad mínimas y con unas expectativas de vida de los pacientes hasta ahora inconcebibles.

Con estos avances insospechados, ¿cuáles son las razones de la crisis y de la incertidumbre? Empecemos por afirmar que la consideración social de los médicos y de los cirujanos en particular está en horas bajas. Las razones son múltiples, pero algunas fácilmente identificables, como la burocratización de la medicina y la pérdida progresiva del poder adquisitivo de los médicos. Esta última razón está fuera del control de éstos, pero en la burocratización del acto médico los propios profesionales de la medicina son en parte responsables por no haberse rebelado en el momento oportuno. Recientemente, un candidato a una plaza de jefe de servicio de cirugía de un hospital, exponía en la presentación de los méritos el número de intervenciones en tal o cual cirugía; en ningún momento se hizo referencia a pacientes y enfermedades. El candidato no hacía más que responder lo que interesa a la administración: el “número”. Resulta evidente que a los profesionales en el arte de sanar lo que más les debería interesar es el control de calidad de los procesos terapéuticos de los pacientes tratados. No sabemos qué cambios habrán de producirse para revertir la consideración social hacia la clase médica.

La cirugía en la licenciatura de medicina

Como problema adicional, la cirugía ha sido relegada en las preferencias de los estudiantes que deben decidirse por una determinada especialidad médica. Si observamos el número que han alcanzado los MIR que optan por la cirugía en estos últimos años, diremos, para ser benévolo, que muy pocos están entre los 100 primeros puestos. ¿Cuáles son las causas? En primer lugar, hay que buscarlas en la organización de los estudios de medicina en un gran número de facultades. En el

Correspondencia: Dr. L. Fernández-Cruz.
Sociedad Catalana de Cirugía.
P.º Bonanova, 47. 08017 Barcelona. España.

Aceptado para su publicación en octubre de 2002.

período de licenciatura, la cirugía como tal ha dejado de enseñarse, pues el objetivo de estos estudios es formar licenciados en medicina y no especialistas. Con estos planteamientos, los profesores de las distintas disciplinas médicas, incluida la cirugía, exponen de manera muy resumida la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Cuando se habla del tratamiento quirúrgico, los detalles de este tratamiento son explicados con la mayor sencillez posible. Por consiguiente, los alumnos en este período de la licenciatura tienen pocas posibilidades de conocer cómo se desarrolla la actividad quirúrgica y el papel del cirujano. Además, la rotación de los estudiantes por las salas de hospitalización se hace preferentemente por las de medicina interna y gastroenterología. Como consecuencia de esta realidad, son pocas las ocasiones que los estudiantes tienen para entrar en el quirófano. Unos pocos quedan entusiasmados por cómo se desarrolla la vida en el quirófano, y muchos quedan confundidos y con la impresión de que casi pierden su tiempo. A todo esto hay que añadir que los estudiantes perciben que la cirugía necesita de un aprendizaje largo y que la vida del cirujano está teñida de cansancio físico y mental, por el número de horas que requiere la profesión¹. Por otra parte, los emolumentos económicos no son diferentes de los que perciben otros colegas que, por el propio quehacer de la especialidad, no invierten ni tanto esfuerzo ni tanto tiempo¹.

Para solucionar este problema es necesario, también, un cambio en la organización de los estudios de la licenciatura y un aumento del período de vivencia de los estudiantes en las áreas quirúrgicas.

El papel del cirujano en las organizaciones hospitalarias

En la actualidad ha disminuido el número de camas de hospitalización de los servicios médicos, ya que los pacientes con enfermedades médicas sólo necesitan ser ingresados para la realización de pruebas diagnósticas y de tratamientos especiales. No obstante, permanece inalterable el número de camas destinadas a los pacientes quirúrgicos, e incluso algunos hospitales las han aumentado para un grupo de cirugía conocida como de corta estancia. Sin embargo, "el poder" del cirujano como una figura médica influyente en los hospitales ha ido disminuyendo de manera sorprendente. Su presencia en los comités de dirección de los centros hospitalarios ha ido desapareciendo hasta hacerse testimonial. Las razones son también, en este punto, múltiples y mayoritariamente interesadas. Uno de los argumentos que se esgrimen es que a los cirujanos lo que les interesa es el quirófano y no disponen de tiempo para la reflexión colectiva. Grave error, que lleva a que la propia organización de la cirugía esté exclusivamente en manos del estamento médico y los cirujanos pasen a ser considerados sólo unos actores imprescindibles en la práctica hospitalaria.

Nos referiremos en este aspecto a las relaciones de los profesionales de la medicina con el colectivo de cirujanos. Vamos a exponer unos ejemplos que, por su-

puesto, no son lo que acontece en la mayoría de instituciones hospitalarias pero que pueden servir de advertencia para el conjunto. A nadie le resultaría desconocido el siguiente relato. Un paciente es diagnosticado de una enfermedad que requiere cirugía. El clínico avisa al enfermo de que su dolencia necesita "de la intervención de un cirujano" (muchas veces sin identificar el nombre del cirujano) que realizará una "intervención relativamente sencilla" (minusvalorando la importancia del acto quirúrgico) y reconforta al paciente señalando que cuando haya superado el postoperatorio, él (el clínico) "dirigirá su control para poner de nuevo orden" en la recuperación del paciente. Este supuesto diálogo tiene en sí mismo una carga intencionada. Sin desmerecer la gran importancia del diagnóstico de las enfermedades, pues constituye la alerta para dirigir un tratamiento, la cirugía es en muchos procesos la única que consigue la curación definitiva de la enfermedad: colecistectomía en la litiasis biliar, reparación de la anatomía del hiato esofágico en pacientes con reflujo gastroesofágico, paratiroidectomía para el tratamiento de la hipercalcemia por hiperparatiroidismo, etc. También, en algunos ambientes médicos, la dependencia del cirujano respecto del médico es tal que lo convierte en cirujano-amanuense, es decir, realiza el acto quirúrgico según los criterios preestablecidos por el colega médico. No cabe duda que esta actitud de sumisión de "hacer algo al servicio de alguien" supone una pérdida de la identidad del cirujano. Estas últimas situaciones necesitan, por supuesto, de la "mala" colaboración del cirujano, que se siente "halagado" por la confianza del médico. Hemos traído a colación estas actitudes para provocar en algunos cirujanos aquello que nos enseña el filósofo Emilio Lledó: "Cuida lo que piensas para que sepas lo que haces".

Existen situaciones que deben alarmar al colectivo de cirujanos. Recientemente se intenta, por parte de la clase médica, en algunos hospitales, convertir las salas de hospitalización en mixtas, donde se ingresa a pacientes que sólo necesitan terapéuticas médicas o en fase de diagnóstico de la enfermedad y aquellos que necesitan cirugía o han sido ya intervenidos. Estas salas, que habitualmente son dirigidas por clínicos, tienen un tipo de organización en la que el control del postoperatorio es responsabilidad de los médicos no cirujanos. Con este proceder queda justificada la presencia del estamento médico no quirúrgico durante toda la jornada laboral en las salas de hospitalización. Este atrevimiento es consecuencia del progreso de la cirugía actual que se acompaña, en la mayoría de los casos, de una situación clínica postoperatoria benigna como resultado de la drástica disminución de las complicaciones y la aplicación de la llamada cirugía mínimamente invasiva o cirugía de acceso mínimo. Estas circunstancias, a todas luces difíciles de aceptar, no consiguen disminuir, en un buen número de cirujanos, la ilusión por el trabajo quirúrgico bien hecho. Aquí se podría aplicar aquel dicho célebre de Nietzsche: "El que tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo".

¿Cuál es la reacción de los cirujanos ante estos hechos? El cirujano se siente expropiado y, por tanto, extraño en el medio que realiza su trabajo, así como que su responsabilidad ha sido usurpada.

Por todo ello, hace falta una auténtica relación profesional en las instituciones hospitalarias que dé sentido e identidad a los distintos profesionales y que haga palpable el papel de protagonista (aunque sea muy parcial) que corresponde a cada uno (entre los cada uno estamos los cirujanos). De lo que se trata es de romper el monopolio de la responsabilidad totalitaria de "unos" por la responsabilidad bien diferenciada de los profesionales (cirujanos, gastroenterólogos, anestelistas, endoscopistas, etc.) en los distintos momentos en los que se desarrolla el acto médico. Esta relación profesional parece reclamar no sólo una elegancia ética, sino también de talante, estilo, hábitos y maneras. Ante la prepotencia de quién es el dueño del paciente, hay que contraponer que el control de un enfermo exige reserva y discreción, sin olvidar nunca que la responsabilidad profesional exige mesura, equilibrio, orden, serenidad y, por descontado, autenticidad y aspiración a la verdad. Con respecto a esto último, los cirujanos deben intentar que la verdad sea objetiva, entendida como una correspondencia de una proposición con los hechos.

Formación del cirujano

Resulta evidente que la práctica quirúrgica del siglo xxi no puede ser una actividad quirúrgica aislada. Hoy día es muy improbable que el Premio Nobel de Medicina recaiga en un cirujano, como fue el caso de Theodor Kocher. En el año 1909, este cirujano recibió el Premio Nobel por sus contribuciones a la fisiología, patología y el tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas.

La medicina moderna ha progresado hasta límites no imaginados por el desarrollo de sofisticados métodos diagnósticos (bioquímicos, genéticos, radiológicos) y terapéuticos (isotópicos, radioterapia, quimioterapia, cirugía) basados en un mayor conocimiento de la fisiopatología y de la biología molecular. Como resultado, en numerosas enfermedades el tratamiento es multidisciplinario. Los ejemplos más claros son el control de los pacientes con enfermedades neoplásicas y la medicina de los trasplantes. La actividad médica en estos campos sería la realización global transdisciplinaria (no interdisciplinaria) de una serie de actos médicos a través de una estrecha cooperación o, todavía mejor, la integración de varias disciplinas.

¿Qué exige esta nueva medicina al cirujano del siglo xxi? Un cambio de orientación en su formación quirúrgica. Éste se puede resumir en unificar una formación de orientación técnica a una formación y orientación disciplinaria. De lo que se trata es de crear expertos en el tratamiento de enfermedades y no sólo profesionales del quirófano. Como ejemplo: ¿cómo definiríamos a un cirujano de trasplantes? Empezamos afirmando lo que no es: un profesional de la cirugía que anastomosa los vasos de un órgano en particular, en un paciente receptor, y deja el cuidado de sus pacientes a sus colegas de otras disciplinas: hepatólogos, cardiólogos, nefrólogos, etc. Un cirujano con actividad en la cirugía de los trasplantes debería ser aquel que combina sus habilidades técnicas en el quirófano con unos amplios conocimientos en ciencias básicas y en la utilización de los métodos de preservación de órganos, así como probada experiencia en el manejo de las terapéuticas inmunosupresoras.

En esta discusión, el debate se centra en la educación frente al entrenamiento. Este último se refiere a la enseñanza o el entreno que un individuo recibe para reaccionar de una manera definida o hacer las cosas sólo de una forma determinada. Para entendernos, el cirujano educado en esta especialidad médica sería el que poseyera una formación global en la actividad del trasplante; por el contrario, el sólo entrenado sería el cirujano "anastomosador".

Sin embargo, la formación de este nuevo cirujano, que debe reunir habilidades técnicas y conocimientos de las ciencias básicas y de la fisiopatología de los órganos que centran su actividad profesional, exige un cambio por parte de los responsables de los programas de educación quirúrgica, así como un adecuado ambiente en los centros en donde se concretará la actuación del cirujano en formación.

No tenemos duda alguna en afirmar que los cambios cualitativos que se han producido en la medicina de nuestro país en estos últimos 20 años se han debido a la existencia de programas de formación MIR. El resultado es un alto nivel de competencia en todos los campos de la medicina, y muy especialmente en el de la cirugía. De todos modos, es preciso en estos inicios del tercer milenio realizar un análisis crítico de nuestros programas de formación médica, y de manera muy especial en el campo de la cirugía general y del aparato digestivo.

En la actualidad, durante los 5 años de formación quirúrgica el futuro especialista va avanzando en sus habilidades técnicas y en conocimientos por todas las áreas de la especialidad, que no son pocas: cirugía hepatobiliopancreática, esofagogástrica, colorrectal, endocrina, proctológica, trasplante de órganos, cirugía de urgencia, etc. A todas luces, resulta evidente que es un bocado demasiado grande para ser fácilmente digerible. Esta formación tan general no posibilita, en la mayoría de los casos, que este nuevo cirujano pueda, por sí solo, cuando haya acabado la residencia, realizar una actividad profesional que englobe todas las áreas de la especialidad.

El análisis de los datos de la Residency Review Committee (RRC) de los EE.UU. sobre un número de 880 jefes de residentes graduados en 1999 ha demostrado que el promedio de intervenciones que estos residentes han realizado como cirujanos fue de 948 (entre ellas 74 intervenciones sobre la mama, 104 cirugía de las vías biliares, 88 herniorrafias, 31 apendicectomías y 43 colectomías). Estas intervenciones en particular son las consideradas como el conjunto que constituye la cirugía general². Estos datos están lejos de lo que cabría esperar en la actividad de los residentes de nuestro país. A pesar de todo, este estudio del RRC del año 1999 señala también que los jefes de residentes habían realizado, como promedio, una esofagectomía total, una gastrectomía total, 4 intervenciones laparoscópicas para el tratamiento del reflujo gastroesofágico, 3 resecciones hepáticas, etc. En otro estudio norteamericano también se señala que, en el campo de la cirugía endocrina, el promedio de intervenciones fue de 7-10 sobre el tiroides, dos sobre las paratiroides, una sobre las suprarrenales y ninguna sobre el páncreas endocrino.

La reflexión sobre el análisis del volumen de actividad asistencial de los residentes podría llevar a pensar que

los programas de formación MIR fracasan en sus objetivos de formar a especialistas en cirugía general y del aparato digestivo. Quizá, lo más acertado sería no hablar de fracaso, pero sí de falta de una adecuación entre los objetivos y los resultados obtenidos^{3,4}.

La impresión general de los profesionales de la cirugía es que los programas actuales de residencia de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo necesitan la introducción de algunas correcciones. A nuestro entender, los objetivos de estos programas deberían ser la formación de cirujanos generalistas en la especialidad. Se trataría de que estos cirujanos, al final del período de residencia, hubieran desarrollado el aprendizaje de las habilidades técnicas que permitan resolver los problemas más frecuentes en la cirugía de urgencia (apendicitis, colecistitis, oclusión intestinal, etc.) y los procedimientos que se centran en áreas como la mama, la pared abdominal, las vías biliares, el tracto gastrointestinal y la cirugía proctológica. Durante estos años deberán conocer los procedimientos que se aplican en intervenciones sobre esófago, estómago, hígado y páncreas, incluidos trasplantes de órganos abdominales y la cirugía endocrina. Al mismo tiempo, deberían haber adquirido los conocimientos sobre nutrición, infección e inmunología, y también en ciencias básicas, particularmente centradas en la aplicación de la biología molecular en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El aprendizaje de la cirugía endoscópica, preferentemente en los tratamientos de los pacientes con litiasis biliar y reflujo gastroesofágico, permitirá desarrollar en los futuros especialistas las habilidades técnicas que requiere esta cirugía. La rotación por los servicios de cirugía torácica, cardiovascular, traumatológica y cuidados intensivos posibilita el aprendizaje de las técnicas básicas que podrían tener utilidad en la actividad profesional de la propia especialidad.

En nuestra opinión, el cumplimiento de estos objetivos conseguiría la formación de cirujanos con una preparación polivalente y en condiciones de asumir las responsabilidades quirúrgicas que le corresponden como cirujano generalista. En realidad, serían profesionales "especialistas de la desespecialización", profesionales flexibles con una formación que les permite tener puntos de vista lo suficientemente globales y amplios como para poder abarcar de una forma integral las distintas áreas de la especialidad de cirujano general y del aparato digestivo. Estos cirujanos desarrollan la habilidad de la adaptabilidad profesional. Tanto los grandes hospitales como los hospitales comarcales se benefician de la presencia de estos profesionales que centran su actividad en las áreas que el centro puede y quiere asumir. Esta formación generalista también posibilita la capacidad para desarrollar una formación subespecializada en algunas áreas de cirugía hepatobiliopancreática, esofagogastrointestinal, endocrina o colorrectal. La legislación de nuestro país no permite, por el momento, reconocer oficialmente subespecialidades en las distintas áreas una vez ha sido completado el período de residencia. Sin embargo, estos cambios se tendrán que producir porque los pide tanto la sociedad en general como los hospitales en particular a la hora de contratar a sus profesionales.

En este capítulo de la formación de especialistas de cirugía general y del aparato digestivo, han sido recono-

cidos algunos excesos y defectos en la actividad médicoquirúrgica de nuestros hospitales con acreditación docente. Los defectos son: un elevado número de hospitales debido a su organización no desarrollan la cirugía de trasplantes de órganos, algunos tienen una actividad muy limitada en la aplicación de la cirugía de acceso mínimo (laparoscopia, toracoscopia, retroperitoneoscopia, cervicoscopia) y otros presentan una reducida actividad en urgencias, sobre todo en el control de pacientes con politraumatismos. Los residentes de estos centros estarían privados de la vivencia en unas áreas de la cirugía en las que los avances tecnológicos y científicos han sido más espectaculares en los últimos años. Los excesos son: hospitales, casi siempre con gran presión asistencial, que tienen en unos casos una gran actividad en la cirugía de los trasplantes de órganos, otros un interés especial en el desarrollo de la cirugía de acceso mínimo y, por último, los hospitales de grandes urbes con una actividad frenética en cirugía de urgencias. Los residentes de estos hospitales, aun cumpliendo las rotaciones preestablecidas en el programa de formación, se ven utilizados, desde el primer año de la residencia, para nutrir los equipos que realizan los trasplantes, otros se incorporan como espectadores en la realización de intervenciones por vía laparoscópica o toracoscópica y un buen número tendrían pocas pausas para el aprendizaje de las técnicas de la cirugía electiva, cuando trabajan en hospitales con gran actividad en cirugía de urgencias. Los excesos-defectos también están presentes en la actuación de los directores de los programas de residencia, inclinándose casi siempre los programas por un énfasis excesivo en el aprendizaje de las técnicas, dejando el conocimiento de las enfermedades en un lugar secundario. Esta tendencia debe ser corregida, pues colocaría a los cirujanos en una situación, que antes hemos observado, no deseable, de dependencia con respecto a nuestros colegas de las disciplinas médicas.

La cirugía en el medio hospitalario

En la organización clásica, la cirugía a través de sus distintos servicios (general y aparato digestivo, cardíaca, torácica, etc.) ocupa unos espacios físicos en los hospitales, al igual que los servicios médicos (gastroenterología, medicina interna, etc.). Cada servicio está organizado de manera jerarquizada, con autonomía en su funcionamiento pero no en cuanto a la gestión económica. Sin embargo, esta forma de organización está siendo revisada en estos últimos años y se están proponiendo unas organizaciones menos cerradas en sí mismas y más flexibles para responder a las exigencias de la medicina actual: eficiencia en el control de los pacientes y en la gestión económica. La necesidad de cambio en la forma de gestionar un hospital moderno se ve forzada por los nuevos enfoques en el desarrollo del diagnóstico y tratamiento de los enfermos. La medicina ha dejado de ser generalista para ser subespecializada⁵. Los pacientes quieren dirigirse a un centro hospitalario con los mejores expertos en el conocimiento de un órgano e incluso de una enfermedad en particular. Ante este reto, las organizaciones hospitalarias

que pretenden responder positivamente buscan fórmulas que hagan posible la flexibilidad para trabajar con otros servicios, así como maneras compactas de trabajar en equipo. Los equipos compactos se forman con la creación de unidades de asistencia clínica que reúnen a cirujanos, clínicos, anestelistas, patólogos, radiólogos, endoscopistas, oncólogos, etc., los profesionales que son expertos en un órgano determinado o en una enfermedad en concreto. Los servicios serían meros expendedores de expertos que nutren las distintas unidades de asistencia. La ventaja de esta organización es que mantiene la integridad de los servicios y la cohesión de sus miembros, que se potencian en los conocimientos.

Dentro de esta línea, otras instituciones se organizan creando institutos. El instituto integra en su seno a los servicios de especialidades distintas, que tienen en común un centro de actividad profesional y comparten los mismos órganos o enfermedades. Por ejemplo: instituto de enfermedades digestivas (integra los servicios de hepatología, gastroenterología, cirugía general y aparato digestivo, endoscopia digestiva), o el instituto de enfermedades cardiovasculares (servicios de cardiología y de cirugía cardíaca y vascular), etc. Los institutos pactan con la gerencia del hospital el gasto económico de acuerdo con la asistencia prevista. Dentro de cada instituto se crean unidades de asistencia especializada. Esta nueva organización hospitalaria ha sido puesta en funcionamiento en algunos hospitales de nuestro país.

A primera vista esta organización resulta enormemente atractiva porque va a permitir una asistencia orientada a las necesidades del paciente, reduciendo el tiempo de espera para pruebas diagnósticas y terapéuticas. Además, servirá para concentrar las ideas y energías de todos los especialistas en objetivos comunes. Esta organización, sin embargo, plantea que su gobierno sea dirigido por especialistas y no por los responsables de los servicios que forman parte del instituto. En definitiva, cada servicio pierde como tal autonomía e independencia. Todo esto puede tener importancia en el funcionamiento de un hospital, pues los profesionales médicos sentirán que sus expectativas y peculiaridades se ven difuminadas en una organización con múltiples intereses. Además, los servicios estarán limitados en el cumplimiento de responsabilidades de gran relevancia, como la formación de especialistas y la promoción de la especialidad entre los estudiantes que deben elegir su futuro profesional.

La organización hospitalaria con la creación de "institutos" ha sido analizada en forma de encuesta en un hospital de nuestro país con la participación de todos los médicos. En esta encuesta se ha comparado si el sistema de organización de institutos era mejor, igual o peor que el sistema clásico de los servicios que funcionaba previamente en el hospital. Sobre las preguntas de la encuesta: ambiente de trabajo y relación con los compañeros, sensación de reconocimiento profesional, nivel de participación en la decisión del servicio, participación de los facultativos en las decisiones globales del hospital, etc., la mayoría de los encuestados consideraron que los nuevos cambios habían llevado a un funcionamiento mejor entre el 6% y el 18%, un funcionamiento igual entre el 23% y el 50%, y un funcionamiento peor entre el 37% y el 52%.

Resulta evidente que este modelo, en su aplicación inicial, no responde a las aspiraciones y necesidades de los facultativos encuestados.

Para aviso de navegantes, queremos dejar claro que cualquier proyecto que conlleve cambios en el hospital diseñados por médicos gestores y expertos en reingeniería de procesos, para tener éxito, debería atinar en poner el acento en los aspectos motivacionales de la estrategia del cambio en la organización. En el mundo de la empresa es bien conocido que para que la estrategia tenga credibilidad debe basarse en objetivos que tengan capacidad de movilizar a todos los miembros de la organización.

No estaría de más si también se tuviera en cuenta lo que fue expuesto por un gran físico, Max Born: "El entendimiento distingue entre lo posible y lo imposible, la razón decide entre lo sensato y lo insensato, incluso lo que es posible puede ser insensato". Tampoco sobraría si estos gestores médicos leyeran el primer capítulo de *Alicia a través del espejo*, de Lewis Carroll: "Parece muy bonito, dijo Alicia al acabar su lectura, aunque de comprensión un poco difícil. Mi impresión es de algo que me llena la cabeza de ideas ¡Sólo que no sé exactamente qué ideas!".

A pesar de todo no creemos que pueda hablarse de fracaso, todavía, en la aplicación de los modelos de institutos de asistencia en la organización hospitalaria.

En nuestra opinión, de todos los servicios que integran un hospital, son los servicios de cirugía los que se benefician más de cualquier modelo organizativo que contemple la existencia de unidades de asistencia especializada. La integración de los servicios de cirugía con otros servicios en institutos dependerá de la flexibilidad y talante de los responsables de la gestión de los institutos. Se puede trabajar de manera integrada pero manteniendo cada servicio su propia identidad. ¿Es importante? La respuesta nos puede venir dada por la realidad de la medicina actual en continua evolución. Los avances tecnológicos precisan de unos profesionales de la cirugía en permanente adaptación a los cambios en la forma de desarrollar el acto operatorio. Las estrategias quirúrgicas han cambiado y las técnicas se han modificado sustancialmente. Hasta hace bien poco era inimaginable que la cirugía de acceso mínimo permitiera la cirugía de exéresis de órganos sólidos (hígado, páncreas, bazo, suprarrenales) y de procesos malignos del tubo digestivo. Esta cirugía con avances continuos permite que los progresos en ciertas áreas sean aprovechados en otras. En definitiva, la cohesión de los profesionales de la cirugía ayuda a recorrer el difícil camino de la asistencia clínica con más ligereza. Por todo ello, cualquier organización hospitalaria que no contemple mantener el servicio de cirugía con su propia identidad y sus límites bien reconocibles, tiene el riesgo de impedir el desarrollo de sus miembros. Tampoco sobraría recordar que cuanto más disgregada está una sociedad, cuanto menos raíces la unan culturalmente, más suelen surgir sociedades ruines y pequeños feudos. Los profesionales de la cirugía y los que tengan alguna responsabilidad en la gestión deberían vigilar con ojos críticos toda organización hospitalaria que pretenda que los cirujanos estén integrados en unidades subespecializadas, pero sin que exista "cirugía" con poder de decisión y con libre capacidad para la motivación, la iniciativa, la creatividad y la comunicación.

Hay ejemplos recientes que reafirman todavía más los argumentos anteriormente apuntados. En estos últimos años se está desarrollando la cirugía robótica, y las experiencias clínicas en la cirugía de la litiasis biliar y del reflujo gastroesofágico han demostrado resultados muy esperanzadores. Incluso se ha realizado por primera vez en la historia de la medicina la cirugía transoceánica. El 7 de septiembre de 2001 se realizó la operación Lindbergh, en la que un cirujano, el Prof. J. Marescaux, situado en un edificio sin ambiente médico alguno (France Telecom) en Nueva York, utilizó un sistema de robótica digital que enviaba órdenes a una serie de brazos que mantenían en acción los instrumentos laparoscópicos que se habían introducido en un paciente con litiasis biliar ingresado en uno de los quirófanos del Hospital Universitario de Estrasburgo (Francia). La intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica fue un éxito, demostrando que la tecnología actual permite intervenciones a larga distancia con un tiempo mínimo entre las órdenes del comando y la acción que se visualiza en el monitor. Esta revolución tecnológica de la cirugía abre una serie de expectativas en cuanto a entrenamiento, asistencia y educación de la cirugía. Los hospitales de-

berían introducir en los diseños arquitectónicos quirófanos en los que se puedan realizar operaciones (similares a la operación Lindbergh) en hospitales vecinos o situados a cientos o miles de kilómetros de distancia. De esta forma, la cirugía podrá mirar de cara al futuro para conseguir nuevas revoluciones que mejoren la asistencia del individuo enfermo.

Bibliografía

1. Bland K, Isaacs G. Contemporary trends in student selection of medical specialties. Arch Surg 2002;137:259-67.
2. Surgery RRC, 1998-1999. National Data Statistical Reports 1999: 532,C4-6.
3. Ritchie W, Rhodes R, Bister T. Work loads and practice patterns of general surgeons in the United States 1995-1997. Ann Surg 1999; 230:252-60.
4. Harder F. I would like to be a surgeon but... Ann Surg 2002;236:699-702.
5. Debas HT. Surgery: a noble profession in a changing world. Ann Surg 2002;236:263-69.