



## Editorial

# ¿Ha sido la cirugía académica herida de muerte? Una pregunta retórica

**Has the academic surgery been fatally wounded? A rhetorical question**



En el pasado la cirugía se aprendía al lado de un «maestro», y esa transmisión vertical del conocimiento tenía problemas positivos y negativos dependiendo del transmisor, y era «empírica», ya que no tenía bases científicas, sino el fundamento de lo que la experiencia particular mostraba. Esa manera de enseñar hizo de la cirugía algo pobre, llena de componentes que amenazaban su desarrollo, como aplicar la experiencia particular a todos los pacientes («a mí me va bien operando así...»), minusvalorar lo que hacían otros cirujanos («nosotros lo hacemos así...») y excluir todo tipo de cuestionamiento o pensamiento crítico, es decir, la prevalencia del dogma. Quizás el resultado de esa manera de aprender y transmitir la cirugía pudo llevar a otras especialidades médicas a considerar a los cirujanos como simples «ejecutantes» de tratamientos quirúrgicos decididos por otros especialistas médicos.

La cirugía académica se podría definir como la elección de una manera de desarrollarse profesionalmente dentro de la especialidad, fundamentada en tres pilares básicos: una práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible, la docencia persistente y la investigación continua. Se podría decir que la cirugía académica fue una parte imprescindible en la paliación de los efectos «devastadores» de la cirugía entendida solo como un «arte técnico» que se transmite de maestro a aprendiz y que nos convertía solo en «extirpadores». Probablemente, la cirugía académica es una de las mejores maneras de transmitir a nuestros cirujanos en formación la *lex artis ad hoc*. Por otro lado, la cirugía académica permite realizar un proyecto de vida profesional, promueve el pensamiento crítico, y ese estímulo y enriquecimiento académico disminuyen el tan temido *burnout* asociado a nuestra profesión. Además, la cirugía académica contribuye de forma esencial a la visualización de nuestros pacientes no solo desde el punto de vista meramente clínico/técnico, sino también como personas.

¿Ha sido la cirugía académica herida de muerte? Quizás es una percepción personal, pero cuando uno asiste a reuniones

o congresos de nuestra especialidad, en un porcentaje no pequeño prevalecen solo los «valores del arte técnico» inherente al desarrollo de nuestra profesión de cirujanos y se observa poca tolerancia a la crítica y/o a la discusión constructiva cuando lo que se presenta en el podio no se basa en ningún dato o no es producto de ningún tipo de investigación, por no mencionar que en no pocas ocasiones se está «redescubriendo la rueda» permanentemente, denotando una falta de estudio personal y, por consiguiente, de «cultura académica» un tanto preocupante. Desde mi punto de vista, es posible que pueda enumerar algunas razones por las que pueda ocurrir lo anterior:

1. Una «crisis universitaria» donde, con pocas excepciones, la universidad se ha convertido en una espectadora pasiva del declive de la cirugía académica, quizás por considerarla poco eficiente. Es probable que la universidad actual haya claudicado a un sistema sociolaboral que exige médicos y especialistas adaptados al mismo. Es probable que la formación «global» universitaria, donde se incluye el espíritu crítico, el análisis pausado con visión de conjunto, la preocupación social y la capacidad de modificar nuestro medio, haya dado paso a la formación de un médico o especialista «trabajador conforme» fácilmente incorporable a una medicina/especialidad «profesionalizada» tipo «fábrica» donde no tiene cabida una formación «global» de las características descritas.
2. Una «crisis social de valores» donde impera el «buenismo». Dice el refrán que «el infierno está lleno de buenas intenciones», es decir, que solo tener buenas intenciones no basta, y es necesario actuar. El «buenismo» hace de la solidaridad, la tolerancia y el diálogo mal entendidos su estandarte, quizás por eso tiene dificultades para poner límites o decir «no» a peticiones o exigencias. Por todo lo anterior, el «buenismo» y el «buenista» son terreno abonado para las tendencias o modas por carecer de criterios propios

que le orienten a qué pensar o hacer, porque él quiere, no porque le digan qué hacer o porque se sienta integrado en el grupo.

3. Una pérdida del valor del sacrificio, entendido como el esfuerzo necesario para alcanzar un beneficio mayor, venciendo los propios gustos, intereses y comodidad. Unido a lo anterior, se podría colocar una pérdida de «resiliencia» ante las adversidades que pueden acompañar a una vida de asistencia, docencia e investigación.
4. La cirugía académica puede ser poco atractiva en nuestro país. La dedicación y el esfuerzo no están compensados por unos sueldos bajos y por la pérdida de horas de vida personal y familiar. Además, para los gestores de la salud la cirugía académica puede ser cara y poco rentable dada nuestra «estructura» y «organización» sanitaria tipo «fábrica».

No todos los cirujanos formados han de ser necesariamente cirujanos académicos. Probablemente y por diferentes razones una gran mayoría de los cirujanos formados no serán nunca cirujanos académicos. Sin embargo, la cirugía académica debe estar presente en su «entrenamiento» para que, una vez acabado el periodo de residencia, conserven el espíritu crítico y el análisis pausado con visión de conjunto. Así, al

asistir a las reuniones o congresos de la especialidad puedan presentar trabajos de investigación coherentes y no solo un «arte técnico» más o menos brillante y llamativo y puedan estar abiertos a participar activamente en discusiones tolerantes y constructivas.

La cirugía académica se nos antoja algo imprescindible si no queremos volver a una cirugía dominada por la ideología quirúrgica dogmática. Después de todo, las ideologías, sean del tipo que sean, solo son «jaulas» donde no se genera nada salvo alejarnos de la investigación y de la discusión libre de las ideas.

Manuel López Cano\*

Profesor de Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona.

Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal,  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mlpezcano@gmail.com](mailto:mlpezcano@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.11.007>

0009-739X/© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.