EL ENTORNO DEL CIRUJANO GENERAL
DE PRINCIPIO A FIN

Editado por Dr. José Fenig Rodríguez

Con la publicación de este libro la AMCG pretende ayudar al cirujano general mexicano a tener conciencia completa de un entorno para mejorar por igual lo que hace y lo que es. Lo cual no es fácil de obtener en un solo libro, sus capítulos son diversos, tocan temáticas prácticas, útiles y estimulantes para la superación profesional de quien las lea. Al Dr. Fenig le tocó vivir su formación quirúrgica bajo el verdadero concepto de la cirugía general, sin límites tanto en conocimientos como en habilidades y con la orientación de contínuamente enseñar y aprender dentro del bello entorno hospitalario, compartiendo su vida a diario con maestros, colegas, residentes, estudiantes de medicina, enfermeras, diversas autoridades y sobre todo con pacientes en el quirófano y en todos los espacios hospitalarios, porque la cirugía general era eso, estar en contacto con personas, con todos ellos el cirujano general tenía que convivir e intercambiar ideas y conocimientos, la cirugía general así se lo pedía tener tan vasto entorno ha hecho el tratar de compartir todo aquello. La alegría de integrar este libro, menciona el Dr. Fenig, es que los coautores son desde residentes actuales de cirugía general, residentes con los que convivió anteriormente, compañeros del mismo servicio de cirugía general, colegas de la AMCG y hasta miembros de su familia. Todos ellos han participado porque al final de cuentas ese es el vasto y precioso *Entorno del Cirujano General. De principio a fin*. Pero tal vez también le sirva como testimonio o tesis final de su carrera quirúrgica antes que se quite los guantes por última vez, ya que en junio de 2018 cumplirá medio siglo de practicar formalmente la cirugía general, 5 años como residente, 30 años como cirujano general institucional del Hospital Colonia de los FF CC N de M y del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del IMSS; y en los últimos 15 años continuó laborando en el ámbito privado y académico. Tanto el estrés físico como el mental que la cirugía impone, hacen que a la larga su retiro definitivo se torne una realidad.

El Entorno del Cirujano General

De principio a Fin

El Entorno del Cirujano General

De principio a Fin

Dr. José Fenig Rodríguez

El Entorno del Cirujano General
De principio a fin

Derechos reservados conforme a la ley

©Copyright
Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

ISBN 978-607-95707-6-7

1ª Edición.
Esta obra comprende 1,250 ejemplares

Diciembre, 2016

Dedicatoria

A todo mi entorno: familia, colegas, amigos
y a los pacientes que han confiado en mí.
Ellos me han ayudado a balancear, a
disfrutar y a darle sentido a mi existir.

José Fenig Rodríguez.

LISTA DE AUTORES POR ORDEN ALFABÉTICO

Dr. Héctor Aguirre Gas
Médico Internista. Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Gerente de Normalización de Calidad de Petróleos Mexicanos.

Dr. Miguel Ángel Arenas Ortiz
Pasante en Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Jesús Arenas Osuna
Cirujano General y Jefe de Enseñanza del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS.

Dra. María del Carmen Barradas Guevara
Cirujano General. Jefe de Cirugía del Departamento de Cirugía Extramuros de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Dr. Alberto Campos Campos
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médico Odontológicas y de la Salud, UNAM.

Dr. S. Francisco Campos Campos
Ex Cirujano General del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS. Ex Presidente de la AMCG. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Jorge Cervantes Castro
Cirujano General del Hospital ABC. Ex Presidente de la AMCG. Doctorado en Derecho.

Dra. Irma Sau-Yen Corlay Noriega
Psiquiatra del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del IMSS y del Hospital Ángeles de Pedregal.

Dr. Emmanuel Corona Cortés Obed
Médico Residente de Psiquiatría UMAE Hospital de Especialidades Siglo XXI, del IMSS.

Dra. Elizabeth Choy Muñoz
Pasante en Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM.

Mtro. David Dávila Rodríguez
Abogado de la AMCG.

Sr. Christian Antonio Díaz Carlos
Colaborador del Mtro. David Dávila Rodríguez.

Dr. Lorenzo de la Garza Villaseñor
Cirujano General y Cirujano de Tórax del Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ex Presidente de la AMCG.

Dr. José Fenig Rodríguez
Ex Jefe de Cirugía del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS. Ex Presidente de la AMCG. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Miguel Foncerrada Montaño
Cirujano General. Hospital Ángeles México. Ex Cirujano General del IMSS.

Dr. Luis Galindo Mendoza
Ex Cirujano General del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS. Ex Presi-

dente de la AMAE. Maestro en Nutrición de la Universidad Anáhuac.

Dr. César Gutiérrez Samperio
Ex Jefe de Cirugía del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS. Miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Enrique Lechner Shein
Médico Psiquiatra. Práctica Privada.

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Médico Internista. Ex Jefe de enseñanza del IMSS. Miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Secretario de Enseñanza Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Sra. Perla Lifshitz Ginzberg
Maestra de Alta Cocina.

Dra. Claudia Jazmín Martínez Radilla
Psiquiatra de la UMAE Hospital de Especialidades Siglo XXI del IMSS.

Dr. Juan Mier Díaz
Ex Cirujano General y Director del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. Ex Presidente de la AMCG. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Rodrigo Morales Villalobos
Cirujano General del Hospital Ángeles México. Ex Residente de cirugía general del Hospital Ángeles Mocel.

Dr. Francisco Navarro Reynoso
Neumólogo del Hospital General de la Secretaria de Salud. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía 2014-2016.

Dr. Héctor F. Noyola Villalobos
Cirujano General. Jefe de Cirugía del Hospital Militar. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía General. Presidente de la AMCG (2005-2006).

Dr. Luis H. Ortega León
Cirujano General del Hospital General de la Secretaría de Salud. Ex Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía General. Presidente de la AMCAD.

Dr. Carlos Ortiz Hidalgo
Patólogo del Hospital ABC Observatorio de la Ciudad de México.

Dra. Patricia Palacios Álvarez
Medicina General. Práctica privada.

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Ex Cirujano del Hospital de Especialidades Siglo XXI del IMSS. Ex Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía General. Ex Director Médico del Hospital Santa Fe Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Cirujano General del Hospital Ángeles Metropolitano. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Felipe Pérez Gallardo
Cirujano General. Práctica privada.

Dr. Gregorio Podoswa Mier Martínez
Dermatólogo. Ex médico del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI del IMSS. Miembro de la Academia Mexicana de Dermatología.

Dr. Fernando Isaac Recio España
Pasante en Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM.

Dra. María Rita Rodríguez Luna
Médico Residente de Cirugía General del Hospital Ángeles Mocel.

Dr. Cortés Obed Jorge Rubio Fuentes
Médico Residente de Psiquiatría UMAE Hospital de Especialidades Siglo XXI del IMSS.

Dr. Octavio Ruiz Speare
General de División M. R. Director del Centro de Estudios en Liderazgo Médico y

Educación Médica por Simuladores. Centro Médico ABC Observatorio.

Dr. Erick Servín Torres
Cirujano General del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS.

Dr. Luis Sigler Morales
Ex cirujano General y Vascular del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. Ex Presidente de la AMCG. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Jesús Tapia Jurado
Ex Cirujano General de la UMAE Hospital de Especialidades Siglo XXI del IMSS. Ex Presidente de la AMCG. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía (2016-2018). Coordinador de Cursos Quirúrgicos Avanzados de postgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dr. Jorge Tueme Izaguirre
Médico Residente de Cirugía General del Hospital Ángeles Mocel.

Dra. Ana Fernanda Vázquez Rodríguez
Médico Pasante en Servicio Social de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dr. Armando Vargas Domínguez
Ex Cirujano General del Hospital General de la Secretaria de Salud. Ex Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía y de la AMCG. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. José Antonio Vázquez Frías
Ex Residente de Cirugía General del HECMLR del IMSS. Cirujano General del Hospital ABC y del Hospital Ángeles Interlomas. Adscrito a la Subgerencia de Calidad de Petróleos Mexicanos.

Dr. Eduardo Vázquez Valdés
Cirujano General. Comisionado de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla.

Dr. José Arturo Velázquez García
Cirujano General. Ex Jefe del Servicio de Cirugía General y Director Médico del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS.

Dr. Jorge Alfredo Zendejas Vázquez
Ex Cirujano General del Hospital de Especialidades del CMLR del IMSS. Médico perito de la PGR.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....15
Dr. Héctor F. Noyola Villalobos

II.-PRÓLOGO.....17
Dr. José Fenig Rodríguez

CAPÍTULO 1. ¿QUÉ HA PASADO EN LAS SOCIEDADES, ACADEMIAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES ACADÉMICAS?.....21
Dr. Francisco P. Navarro Reynoso

CAPÍTULO 2. LA CIRUGÍA GENERAL Y LA EDUCACIÓN MÉDICA DE PREGRADO.....29
Dr. Jesús Tapia Jurado
Dra. Elizabeth Choy Muñoz

CAPÍTULO 3. EL MÉDICO Y EL PACIENTE.....35
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

CAPÍTULO 4. LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA GENERAL EN MÉXICO.....39
Dr. José Fenig Rodríguez

CAPÍTULO 5. EL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y EL CIRUJANO GENERAL.....51
Dra. María Rita Rodríguez Luna
Dr. Jorge Tueme Izaguirre

CAPÍTULO 6. EL CIRUJANO GENERAL Y EL SUBESPECIALISTA.....59
Dr. Luis Sigler Morales
Dr. José Fenig Rodríguez

CAPÍTULO 7. EL CIRUJANO GENERAL Y EL HOSPITAL DE ENSEÑANZA.....65
Dr. J. Lorenzo de la Garza Villaseñor

CAPÍTULO 8. EL CIRUJANO GENERAL Y LA JEFATURA DE ENSEÑANZA.....73
Dr. Jesús Arenas Osuna
Dr. Miguel Ángel Arenas Ortiz

CAPÍTULO 9. EL CIRUJANO GENERAL Y EL CONSEJO DE SU ESPECIALIDAD.....83
Dr. Luis H. Ortega León

CAPÍTULO 10. EL MÉDICO INTERNISTA Y EL CIRUJANO GENERAL.....89
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

CAPÍTULO 11. EL PATÓLOGO Y EL CIRUJANO GENERAL.....91
Dr. Carlos Ortiz Hidalgo

CAPÍTULO 12. EL CIRUJANO GENERAL Y LA NUTRICIÓN.....103
Dr. Luis Galindo Mendoza

CAPÍTULO 13. EL CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA EXTRAMUROS.....113
Dra. María del Carmen Barradas Guevara
Dr. Eduardo Vázquez Valdés

CAPÍTULO 14. EL CIRUJANO GENERAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO.....123
Dr. Erick Servín Torres

CAPÍTULO 15. LA SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE DESTREZAS QUIRÚRGICAS.....131
Dr. Jesús Tapia Jurado
Sita. Ana Fernanda Vázquez Rodríguez

CAPÍTULO 16. EL MÉDICO Y LA TECNOLOGÍA.....137
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

CAPÍTULO 17. EL CIRUJANO GENERAL Y EL MÉTODO CIENTÍFICO.....141
Dra. María Rita Rodríguez Luna

CAPÍTULO 18. EL CIRUJANO GENERAL Y LA EVIDENCIA.....157
Dr. Alberto Campos Campos

CAPÍTULO 19. EL CIRUJANO GENERAL Y LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA.....165
Dr. Juan Mier Díaz

CAPÍTULO 20. EL CIRUJANO GENERAL Y LAS REDES SOCIALES.....171
Dr. Luís Galindo Mendoza

CAPÍTULO 21. EL CIRUJANO GENERAL Y EL PROFESIONALISMO.....177
Dr. José Fenig Rodríguez

CAPÍTULO 22. EL CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA SEGURA.....191
Dr. Miguel Rodrigo Morales Villalobos

CAPÍTULO 23. EL CIRUJANO GENERAL Y LA CALIDAD.....209
Dr. José Antonio Vázquez Frías
Dr. Héctor G. Aguirre Gas

CAPÍTULO 24. EL CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA INNECESARIA.....221
Dr. Miguel Foncerrada Montaño

CAPÍTULO 25. EL CIRUJANO GENERAL Y LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL.....225
Dr. S. Francisco Campos Campos

CAPÍTULO 26. EL CIRUJANO GENERAL Y SUS HONORARIOS.....233
Dr. S. Francisco Campos Campos

CAPÍTULO 27. EL CIRUJANO GENERAL Y LA ADMINISTRACIÓN.....241
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dr. Fernando Isaac Recio España

CAPÍTULO 28. EL MÉDICO COMO MENTOR.....247
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

CAPÍTULO 29. EL CIRUJANO GENERAL COMO MENTOR.....251
Dra. Rita Rodríguez Luna
Dr. Jorge Tueme Izaguirre

CAPÍTULO 30. EL MÉDICO ESCRITOR.....255
Dr. Armando Vargas Domínguez

CAPÍTULO 31. EL CIRUJANO Y LA CULTURA.....261
Dr. Gregorio Podoswa Mier Martínez

CAPÍTULO 32. EL CIRUJANO GENERAL Y LA POESÍA.....275
Dr. Felipe Pérez Gallardo Tello

CAPÍTULO 33. EL CIRUJANO GENERAL COMO LÍDER.....287
Dr. J. Octavio Ruiz Speare

CAPÍTULO 34. LA ESPOSA DEL CIRUJANO GENERAL.....295
Dra. Patricia Palacios Álvarez de Vargas
Sra. Perla Lifshitz Ginzberg

CAPÍTULO 35. EL CIRUJANO GENERAL Y LA LEGISLACIÓN.....303
Dr. Jorge Alfredo Zendejas Vázquez

CAPÍTULO 36. EL CIRUJANO GENERAL Y LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED).....321
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dr. Fernando Isaac Recio España

CAPÍTULO 37. EL ARBITRAJE MÉDICO MEXICANO Y LA LEY NACIONAL DE MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN MATERIA PENAL.....331
Dr. Eduardo Vázquez Valdés,
Dra. María del Carmen Barradas Guevara

CAPÍTULO 38. EL ABOGADO Y EL CIRUJANO GENERAL.....341
Mtro. Abraham Amiud Dávila Rodríguez
Christian Antonio Díaz Carlos

CAPÍTULO 39. LA CIRUGÍA GENERAL ACTUAL EN MÉXICO.....353
Dr. Jorge Cervantes Castro.

CAPÍTULO 40. LA VERDADERA VIDA DIARIA DEL CIRUJANO GENERAL.....361
Dr. José Arturo Velázquez García

CAPÍTULO 41. EL CIRUJANO GENERAL Y LA SOBERBIA.....369
Dr. Miguel Foncerrada Montaño

CAPÍTULO 42. EL CIRUJANO GENERAL Y EL ESTRÉS.....371
Dra. Irma Sau-Yen Corlay Noriega
Dr. Obed Jorge Rubio Fuentes
Dr. Emmanuel Corona Cortés
Dra. Claudia Jazmín Martínez Radilla

CAPÍTULO 43. EL CIRUJANO GENERAL Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT*.....379
Dr. Enrique Lechner Shein

CAPÍTULO 44. EL CIRUJANO GENERAL INCAPACITADO.....385
Acad. Dr. S. Francisco Campos Campos

CAPÍTULO 45. EL CIRUJANO GENERAL COMO PACIENTE.....393
Dr. César Gutiérrez Samperio

CAPÍTULO 46. EL CIRUJANO GENERAL Y EL RETIRO.....403
Dr. José Fenig Rodríguez

CAPÍTULO 47. EL CIRUJANO GENERAL Y LA MUERTE.....409
Dr. César Gutiérrez Samperio

INTRODUCCIÓN

Como Presidente actual de la Asociación Mexicana de Cirugía General, tengo el gran orgullo de presentar esta publicación titulada *El Entorno del Cirujano General. De principio a fin*, que el Dr. José Fenig Rodríguez ha ideado, y junto con varios médicos ha reunido el material suficiente para lograr editar y publicar algo que considero más que un simple libro, sino como un verdadero manual que informe y oriente a todo aquel que quiera empezar a recorrer el largo y difícil camino del cirujano general, para orientarlo a enfrentar situaciones y obstáculos que no le fueron informados en la facultad de medicina pero que son necesarias de conocer para convertirse en un verdadero profesional de la cirugía. Cada uno de los capítulos del libro se refieren a lo que la AMCG está permanentemente obligada a hacer en beneficio de sus socios y sobre todo para lograr que los pacientes necesitados de los servicios del cirujano queden completamente complacidos por haber recibido una atención de calidad en cada paso dado para lograr el restablecimiento de su salud.

El diseño de la temática del libro empieza con las ideas positivas de lo que son y deben ser los grupos médicos y quirúrgicos integrados como asociaciones, academias, colegios o federaciones, al discutir la problemática pendiente de ser mejorada. Continúa con los capítulos referentes a la enseñanza y aprendizaje de la cirugía general, por parte de los cirujanos ya formados, con métodos modernos diferentes a los tradicionales, que han facilitado la adquisición tanto de conocimientos como de las nuevas habilidades quirúrgicas. Siguen las páginas dedicadas a la necesidad imperiosa del estudio continuo mediante la asistencia a reuniones, talleres, congresos nacionales e internacionales, en lo que la AMCG juega uno de sus más importantes objetivos, además de ser el lugar propicio para relacionarse con muchos colegas del mundo entero y compartir con ellos tanto experiencias profesionales como de amistad.

Otra parte primordial de la publicación es la de promover aspectos legales, de conducta, de ética y de moral tan necesarios en estas épocas cuando la fría tecnología nos impone un paso muy acelerado para actuar paralelamente a sus descubrimientos. Las referencias dedicadas a que el cirujano cultive otras cualidades que son necesarias de adoptar para lograr convertirse en un gran profesional, maestro, mentor, escritor y un cirujano con cultura y humanismo, también están presentes. Como el subtítulo de la obra es “de principio a fin”, no podría faltar la opinión de nuestras esposas, a las que raramente nos referimos en nuestros escritos técnicos, pero que sin duda representan, la esposa y la familia, las sólidas bases de la felicidad total del individuo. La última parte está dedicada a dar a conocer la realidad de lo que es la verdadera vida diaria del cirujano activo. Para luego pasar a la etapa de la

jubilación, parcial o total y al retiro definitivo. En el capítulo final, se expresan ideas actuales sobre la muerte, que el cirujano actual debe conocer.

El esfuerzo invertido para lograr esta publicación, será agradecida no solo por estudiantes de medicina, residentes en formación o cirujanos ya formados, sino también por los enfermos que quieran enterarse correctamente qué tipo de individuo y de profesionista es el que los ayuda a sanar. E igualmente para difundir a la sociedad entera el valor que el médico y el cirujano han tenido en el desarrollo social, económico y político de nuestro país.

Quiero también felicitar y agradecer a todos los colegas que han participado como coautores, garantizo que cada uno de ellos es un verdadero experto en lo que ha escrito y por lo tanto expresan lo que han vivido, leído y realizado durante los muchos años de su ejercicio profesional y que estoy seguro ayudarán a difundir y a perpetuar la buena imagen que el médico ha tenido a lo largo de toda la historia de la humanidad.

Dr. Héctor F. Noyola Villalobos.
Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.
Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General, A.C.

Noviembre de 2016.

PRÓLOGO

Dr. José Fenig Rodríguez

El próximo 1º. de junio de 2018, cumpliré 50 años de haber ingresado formalmente, como interno, a la especialidad de la cirugía general. A través de esos años he vivido, de tiempo completo en los quirófanos, en los pasillos y en los cuartos de hospitales. Múltiples pasajes he experimentado, pero afortunadamente pocos han sido los tristes y amargos y sí muchos los que me han dejado grandes satisfacciones que jamás imaginé me sucederían. He interactuado, literalmente, con miles de personas, sanas y enfermas, colegas, estudiantes, residentes, administradores, políticos y muchísimos otros seres, eso ha sido lo bonito del ejercicio diario de la especialidad que elegí.

Ahora siento la obligación de transmitir varias experiencias, humanas y médicas, junto con colegas con los que médicamente me he relacionado a través de los años, y que también tienen el gusto de que lo hagamos conjuntamente para que todo aquel que desee enterarse qué hace el cirujano general, cómo piensa, cómo se forma y cómo permanentemente se reeduca para garantizar buenos resultados a quien ha confiado en él su total bienestar, tenga un documento y una opinión para entenderlo mejor. Se recalca la gran virtud de la empatía, que es la capacidad de entender y compartir los sentimientos del prójimo, como el arma principal, para establecer la mejor relación entre el cirujano y todos los integrantes de su entorno. Se debe usar en cualquier situación una empatía profesional, basada en la práctica del profesionalismo integral, la honestidad, credibilidad y de la confianza mutua.

Para lograr el objetivo trazado he logrado la cooperación de colegas que actualmente pertenecen a la tercera década de la vida, y hasta otros de la novena década, para dar a conocer o para encontrar una respuesta a dudas relacionadas con varios de los campos necesarios para el ejercicio de la cirugía general, lo han hecho con gusto y con plena satisfacción. Se encontrarán desde opiniones de Esculapio, acerca de quién era y qué hacía el médico en la cultura griega hace más de dos milenios de años, hasta qué es lo que el futuro cercano nos espera y cómo hay que prepararse para ello, porque los sistemas de evaluación científica se van imponiendo para juzgar el quehacer quirúrgico de manera tan rigurosa como si estuvieran analizando el genoma humano.

La medicina, se dice, es el arte y la ciencia de curar enfermedades. Pero hoy en día se ha transformado en una profesión que abarca y se interrelaciona con todo el conocimiento humano, ya no solo con la biología y las ciencias naturales. La medicina actual, magníficamente la define y la describe el Dr. A. Lifshitz, en su libro *Los senderos del trabajo clínico*, no solo para curar enfermedades, sino en un sentido más amplio nos dice: "...la medicina hoy en día es todo un universo: a la vez ciencia

natural y ciencia social, con raíces biológicas, psicológicas y sociales; servicio utilitario e idea filosófica y ejercicio intelectual; centrada en el racionamiento, pero que aprovecha la magia, la intuición y el azar; tecnología y teoría; auxilio humanitario; sistema, industria y negocio; habilidad, pericia, don, poder; disciplina y cultura; dogma y acervo; conocimiento y trabajo; empleo; capacidad, ministerio, ocupación, obligación; carrera profesional, apostolado, función, destino, ciencia y arte".

Esta descripción implica que el cirujano es un profesionista que tiene ante sí la gran oportunidad, y el deber de participar, con el aval de su profesión, en cualquiera de los innumerables aspectos que sus relaciones humanas le brindan. Porque la cirugía no es solo técnica quirúrgica, la sociedad actual presiona para hacer siempre diagnósticos exactos, tratamientos quirúrgicos perfectos, seguros y con la máxima relación positiva entre el costo y el beneficio. Pero el buen cirujano además requiere de conocer y tener otras muchas cualidades y actividades como el de compartir sus conocimientos con estudiantes, residentes y colegas como maestro o tutor. Investigar y publicar de acuerdo a su entorno académico y su capacidad intelectual. Además, es necesario saber economía, administración y mercadotecnia para ser competitivo dentro del enorme mercado de la salud.

La cirugía es una actividad grupal, no es de un solo hombre, participan, el enfermo, su familia, muchos colegas médicos, administradores, economistas y diversas autoridades académicas y civiles entre otros tantos. Con cada uno de ellos el cirujano convive e intercambia opiniones, ideas, dudas, propuestas, éxitos, fracasos, aprende, enseña y discute. Si quiere ser exitoso, debe estar muy bien preparado para, con empatía, lograr la aceptación de los pensamientos y acciones que propone, siempre guiado por razones correctas y por la buena voluntad orientada al restablecimiento de los males de sus semejantes.

El cirujano no debe de despreciar la gran oportunidad de convivir diariamente con tantos personajes, distintos uno de otro. Cada interacción hay que aprovecharla al máximo, demostrando que se es un verdadero profesional, no solo por la técnica que se domina sino por el calor humano, la comprensión y la ayuda que está dispuesto a ofrecer; sin ninguna discriminación, prejuicio o mala intención. Nunca se sabe lo que el futuro depara ni la manera como se retroalimentarán los esfuerzos correctos utilizados en cada caso.

La idea empleada para la edición de este libro es precisamente levantar la consciencia del cirujano para recordarle que su carrera le permite incurrir en múltiples actividades derivadas o interrelacionadas con su actividad cotidiana, para desarrollar todas las distintas virtudes colaterales con que cada quien ha sido dotado.

Se ha tratado de colocar los capítulos del libro de acuerdo al orden cronológico de la formación profesional del cirujano. Iniciando con los de interés al residente de cirugía general, al cirujano que continua en una subespecialidad, luego al ejercicio de la profesión que con la idea y la necesidad de la superación continua; en las diversas actividades que se desarrollan paralelamente a las quirúrgicas, de acuerdo con las posibilidades, oportunidades y capacidades de cada quien; todo ello para convertirse en un cirujano y un ser humano completo y verdaderamente profesional; desgraciadamente también están contemplados capítulos que tarde o temprano nos esperan, diversas enfermedades, la disminución paulatina de las capacidades cognoscitivas, de las destrezas y de las habilidades que finalmente imponen el retiro de la profesión de forma parcial o total.

En forma general, esta publicación puede ser leída por quien se interese en la profesión del cirujano, desde el estudiante de medicina, hasta cualquier médico de cualquier especialidad, los enfermos, sus familiares, así como cualquier miembro de la comunidad o de la sociedad de cualquier parte geográfica. Informa quién es y qué hace un cirujano general y con qué medios cuenta para mantener su inmensa estatura de verdadero profesional, esos son los objetivos de esta publicación. Para hacerla posible, han intervenido un gran número de personas. Al mismo tiempo, creo conveniente, de manera simultánea, expresar un sinnúmero de agradecimientos a todos los que directa o indirectamente han favorecido su aparición.

En primer lugar, después de tener la idea y el propósito de que escribir, basado en la idea de la antigua civilización griega que propugnaba por el crecimiento personal y social en función de equilibrar en la vida la cantidad con la calidad, o sea, si por tener más no soy mejor, entonces no vale la pena tener; pero si aumento mi acervo de valores humanos de calidad, entonces seré una mejor persona; acto seguido, acudí con el Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, el Dr. Héctor F. Noyola Villalobos, quien me escuchó y de inmediato me autorizó empezar a trabajar para hacer realidad la aparición de este libro. La idea de difundir lo grandioso de la cirugía general es también uno de sus propósitos al igual que una meta de la AMCG.

A cada compañero al que me dirigí para pedir su colaboración, de inmediato compartió conmigo el gusto de la idea y de empezar a escribir el capítulo que le solicité. Se hacían realidad las palabras de Carl Jung: "El encuentro de dos personas es como el contacto de dos sustancias químicas, si se produce alguna reacción, ambas se transforman".

Aclaro que cada coautor del libro es alguien de gran valor en su profesión, con una trayectoria que lo avala en lo que se hace y en lo que dice, o sea, verdaderos expertos en su campo médico, pero que simultáneamente domina el saber sobre los variados componentes que la vida real tiene y que cotidianamente enfrentamos. La exponencial velocidad con la que el conocimiento y la tecnología están avanzando impone una pausa en el camino para escuchar y leer la opinión de nuestros pares que nos enteren con calma dónde estamos situados en el momento presente y ayudarnos a tratar de visualizar el futuro. Como cirujano, me llena de satisfacción el contar con la amistad de todos ellos, todo lo que he acumulado a lo largo de más de 50 años de ser cirujano. Aclaro que no todos ellos son de mi misma generación. Incluí a muchos protagonistas de la generación actual, desde residentes de cirugía general hasta cirujanos ya retirados del quirófano, pero aún activos en labores académicas. El estar constantemente estimulado y activo es el placer más grande que podemos disfrutar. A todos estos compañeros, mi eterno agradecimiento y que juntos disfrutemos nuestro esfuerzo y el que la AMCG nos ofrece para contribuir a la mejora de la calidad total de sus socios.

Al Lic. Gary Burak, quien cooperó de manera desinteresada para hacer realidad la aparición de estas páginas, a la D.G. Ángeles Vázquez Naranjo por su dedicación y esfuerzo para que la obra fuera publicada a tiempo, les doy las gracias en nombre propio y en el de la AMCG. Publicar algo requiere de la participación de un buen equipo. En él se distinguió por su espléndida ayuda el Lic. Alejandro Cuéllar Ramírez, administrador general de la AMCG, que no nos puso ningún obstáculo.

El cirujano, salvo muy raras excepciones, no escribe para vivir, sino que escribe para disfrutar cada uno de los pasos necesarios para

integrar una obra impresa, aunque logre pocos lectores o se sea víctima de injusticias tan monstruosas, como lo ha expresado Vargas Llosa, al recordarnos a Lampedusa, cuya obra maestra, *El gatopardo*, la mejor novela italiana del siglo XX y una de las más sutiles y elegantes que se hayan escrito, fuera rechazada por siete editores y él muriera creyendo que había fracasado como escritor.

Especial agradecimiento quiero darle a mi familia, a mi esposa Perla que tanto ayudó y soportó para poder trabajar con entera ibertad en la integración de este libro. Y a mi hija Giselle que con todo orgullo dibujó la portada del libro, captando la idea del tronco quirúrgico de la cirugía general, representado por los guantes de cirujano y que ha originado a tantas ramas y a tantas hojas que son las subespecialidades, representada por pequeñas hojas de bisturí.

El cirujano, desde el inicio de su carrera, va adquiriendo satisfacciones, al hacer un buen diagnóstico, una correcta operación, al detectar y tratar oportunamente alguna complicación, todo lo que se retroalimenta al recibir a cambio el agradecimiento, la confianza y el respeto del ser adolorido que puso su vida en sus manos. Muchas de esas experiencias merecen ser difundidas de alguna forma, para dar a conocer los valores y virtudes humanas, tanto del cirujano como de las organizaciones a las que pertenece y que han sido y serán valederas en cualquier momento del presente o del futuro. No sé con certeza el alcance de este esfuerzo, pero a estas alturas de la vida me atrevo a hacer un pronóstico: a alguien motivaremos para pronto ser superados. Con eso nos basta.

CAPÍTULO
01

¿QUÉ HA PASADO EN LAS SOCIEDADES, ACADEMIAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES ACADÉMICAS?

Dr. Francisco P. Navarro-Reynoso

Todos tenemos una trayectoria dentro de las instituciones académicas y de salud de nuestro país, sin ellas, no estaríamos aquí, razón por la cual, quisiera, hacer un sentido reconocimiento a todas ellas.

Estas instituciones nos han brindado un espacio en el cual hemos podido cristalizar nuestros sueños y anhelos, donde en nuestra vida cotidiana, nos han permitido tener alumnos, pacientes, laboratorios en los cuales hemos podido desarrollar nuestras labores asistenciales, docentes y de investigación.

Quisiera recordar brevemente con ustedes, ¿cómo surgen las academias y los académicos?, ¿cuales son sus orígenes?, ¿cuáles son nuestras funciones en la sociedad?. Esto data de mucho tiempo atrás, académico proviene de *Akademos*, un héroe de la mitología griega cuyo santuario estaba en un jardín a las afueras de Atenas, este jardín fue adquirido por Platón en el 384 A.C., y en él fundó lo que hoy se reconoce como la primera academia del mundo, la Academia de Atenas, ahí se impartian las cátedras de dialéctica, ciencias naturales y matemáticas, y en la cual estaba permitida la formación académica de la mujer.

A partir de la modernidad, el término "academia" se usa genéricamente, como sinónimo de "mundo intelectual", sobre todo para referirse al universitario (que ocupa un lugar central en la ciencia y la cultura). Las academias hoy en día se definen como sociedades científicas, literarias o artísticas que han sido establecidas como autoridad pública, entendiendo este último término, como el impacto y la extensión social que debe derivarse de nuestras funciones dentro de la vida académica y nuestro trabajo en el sector salud, en cualquiera de sus partes.

Pero debemos preguntarnos, ¿qué han dejado de hacer las asociaciones médicas? ¿qué hemos dejado de hacer los que pertenecemos a ellas?

Sin duda hemos dejado de hacer muchas cosas, hemos aflojado en otras, hemos olvidado otras y también no hemos inventado otras, las cuatro partes todas diferentes, pero relacionadas entre sí.

Pensando estas cuatro partes podré mencionar a lo que mi parecer son algunos aspectos que podríamos retomar y también sirvan estas líneas para que el lector pueda reflexionar, motivarse y comprometerse en proponer nuevas ideas:

Los Líderes son los creadores de una moral grupal cuyos principios son puntos de referencia para todos aquellos que nos identificamos con el humanismo, los valores que se orientan al bien común y que impulsan el progreso del trabajo a favor de la creación de nuevos talentos que perpetúen y promuevan la ciencia y la educación, muchos de ellos fueron todos nuestros Maestros Médicos, algunos inscritos en nombres de calles, colonias y ciudades, que trascendieron como iconos que hoy guían nuestro quehacer; a mi en lo personal me gusta leerlos, me gusta recordarlos, me gusta entenderlos, me gusta comprenderlos, son sin duda grandes figuras que guían nuestro quehacer.

La creación de Líderes debe de estar presente en todos aquellos que trabajen en la medicina, ya que son nuestro referente, los revive cada vez que los mencionamos, solo así podemos valorar el presente, porque las raíces están en el pasado y permite hacer proyectos para el futuro que preserven nuestros más altos valores como sociedad.

La vocación y el profesionalismo no son términos nuevos, ni han nacido con el advenimiento de la tecnología, son el resultado del legado que nos han dejado; desearíamos que el día de mañana los que vengan nos recuerden y trasmitan ese mismo legado que heredamos de nuestros Maestros; los que lo nieguen o no lo acepten, seguramente piensan que ellos son el nuevo centro de referencia.

Preguntándonos nuevamente, ¿qué les falta a las asociaciones, sociedades, academias y colegios?, les falta mayor creatividad, mayor tiempo para el estudio y dedicación, enseñarnos a la observación de los fenómenos en la salud y la enfermedad, en la clínica, el laboratorio o la salud pública, desarrollar nuestra intuición, poder ***"mirar donde los demás no miran"***; todo esto nos permitirá construir propuestas y generar hipótesis de trabajo que desde su concepción deben estar destinadas a tener un impacto en el bien común, en nuestro caso la constante invariable, el paciente y su familia.

A través de la ciencia verificable y comprobable debemos resolver los retos de la salud y el bienestar de nuestra población. Es por demás sabido que las sociedades crecen en función de la investigación y la generación de conocimientos útiles y aplicables que deben de ser trasmitidos con certeza a nuestros pares, a los tomadores de decisiones y a la sociedad en su conjunto y éstas son nuestras funciones.

En un mundo con transformaciones sociales tan extensas como las que vivimos actualmente y donde la nueva dinámica social nos abruma y algunos sectores de la sociedad intentan convertir a la ciencia, al conocimiento y a la salud en una industria del ámbito privado, que responda a lo individual, es también nuestra función alzar la voz, redoblar nuestros esfuerzos y formar un ejército que sirva de contrapeso a la privatización de la investigación en salud, y que actúe en contra de la propagación de la pseudociencia.

Proponer con ideas, con pensamientos, en mentes inquietas, si éstas no existen provocarlas, enseñar a nuestras futuras generaciones que la satisfacción y orgullo de ser un miembro de la comunidad académica, proviene del impacto que nuestro trabajo ejerce sobre el bien común, de su trascendencia en la esfera de lo público y de su enaltecimiento de aquello que no debe ser propiedad de nadie: el bienestar y la salud de todos.

Hoy, debemos comprometemos a sembrar en nuestros alumnos la semilla de la curiosidad en la ciencia, la profundización en el estudio, la enseñanza y mentoría de la investigación en el campo de la medicina, pero sobre

todo, comprometemos con nuestro Sistema de Salud en la promoción y realización de programas trascendentes que conduzcan a elevar el nivel de bienestar y salud en toda nuestra población, dejando de lado raza, credo, género y nivel económico y así honrar la tradición de excelencia de la medicina.

A partir de la modernidad, el término "academia", se usa, genéricamente, como sinónimo de una organización del "mundo intelectual", sobre todo para referirse al universitario (que ocupa un lugar central en la ciencia y la cultura). Las academias hoy en día se definen como sociedades científicas, literarias o artísticas que han sido establecidas como autoridad pública, entendiendo este último término, como el impacto y la extensión social que debe derivarse de nuestras funciones dentro de la vida académica y nuestro trabajo en el sector salud, en cualquiera de sus partes.

Los académicos estamos llamados a la creación y generación de nuevo conocimiento y a la difusión de este conocimiento a nuestros alumnos, nuestros colegas y a la sociedad, por lo cual, nuestro compromiso con la atención médica, la investigación, la docencia y la esfera pública es innegable.

¿Qué es innovación?, etimológicamente proviene del latin *innovare* y *novus* (nuevo), se utiliza con matices de transformación de algo conocido en otros tiempos o situaciones, está inmerso en nuevas circunstancias con diferentes finalidades y formas de organización que produce una mejora.

También se refiere a una acción permanente y proceso de exploración de nuevas ideas, propuestas y aportaciones para la solución de situaciones conflictivas en la práctica profesional, lo que conforma un cambio en los contextos y en la práctica institucional de la educación.

Existen varias formas de enfocar esto, una de ellas es el proceso Bologna que se refiere a la libre circulación del conocimiento, en este proceso está incluida la Declaración de Sorbona que adopta un sistema basado en tres ciclos, el de licenciatura, el nivel master y el doctorado, en cada uno se establece un sistema de evaluación por créditos con movilidad de estudiantes, profesores e investigadores.

Otro sistema es el de la Asociación Americana de Colegios Médicos (AACM) que tiene varios enfoques que podrían abarcar una parte del quehacer de nuestras asociaciones, dentro de los que se encuentran el cuidado del paciente, los conocimientos para la práctica, el aprendizaje basado en la práctica y su mejoramiento, las habilidades interpersonales y de comunicación, el profesionalismo, la práctica basada en sistema, la colaboración interpersonal y el desarrollo personal y profesional.

Desde las observaciones de Flexner en Canadá en la educación médica se ha priorizado el Programa de Certificación, que consiste en un programa de aprendizaje permanente para los médicos especialistas que ayuda a garantizar los más altos estándares en todas las especialidades, este último adoptado en nuestro país desde hace varias décadas. En éste se determinan siete roles, el médico experto, líder, comunicador, el colaborador, defensor de la salud, estudioso y profesional, aspectos importantes a desarrollar en los miembros de nuestras asociaciones, academias, colegios y sociedades. Estos modelos se complementan con el modelo Medaproc que se encuentra fundamentado en la propuesta de la AACM, construyendo dominios y competencias con los que puede desarrollar actividades profesionales confiables.

La educación médica plantea como desafíos para el siglo XXI, poder ir a la par del desarrollo científico y tecnológico de la

globalización, la mejora de las condiciones del ejercicio profesional médico, el cambio de las expectativas de los pacientes y la situación de la salud de la población.

Las asociaciones médicas también tienen su propios desafíos, como la integración de las funciones de la Atención Médica, la Enseñanza y la Investigación, el desarrollo de la Gerencia en Hospitales, poder reconocer la Educación Médica como prioritaria en la Institución, dejar bien cimentado un nuevo Modelo Educativo, fomentar la difusión de valores humanísticos e institucionales y generar y fortalecer la vocación del equipo de salud.

Como profesionales, los médicos nos debemos comprometer con la salud y el bienestar de los pacientes y la sociedad a través de la práctica ética, trabajar por mantener altos estándares personales de comportamiento, poder rendir cuentas a la profesión y la sociedad, mantener la salud personal, buenos niveles de competencias, como la competencia clínica, tener un alto compromiso con el desarrollo profesional continuo y con la promoción del bien público, cumplimiento de las normas éticas y los valores como integridad, honestidad, altruismo, humildad, respeto a la diversidad y transparencia con respecto a los posibles conflictos de intereses.

En el desarrollo personal existen varios niveles de competencias:

- Sistémico
- Instrumental
- Interpersonal

En cada uno de ellos se debe de promover el desarrollo de diferentes habilidades:

Fomentar la buena práctica médica y comunicación entre pares incentivando la adquisición de nuevos conocimientos para posteriormente ponerlos en práctica.

Desarrollar el hábito de actualizar continuamente los conocimientos adquiridos y que al aplicarlos en la práctica produzcan mejores resultados.

Fortalecer la tutoría clínica y utilizar como estrategias didácticas el método de caso o serie de casos.

Capacidad de respuesta oportuna a las necesidades poblacionales, anteponiendo siempre la salud del paciente sobre el interés personal.

Capacidad de adaptarse a los diversos ambientes propios de cada nivel de atención de salud para el desarrollo óptimo de la práctica médica tanto en atención primaria a la salud como en alguna especialidad, generar hábitos saludables permitiendo el afrontamiento del estrés en la práctica diaria.

Capacidad de aprender y fomentar la autoevaluación identificando fortalezas y debilidades del conocimiento y en la práctica médica.

Y, en la práctica profesional, evaluar la calidad y eficacia de los tratamientos en busca de alternativas terapéuticas exitosas.

Basar la práctica clínica en el principio de beneficencia no maleficencia con el único propósito de generar un impacto en salud de nuestro paciente y su familia y hacerlo extensivo a nuestra población.

Guiar el quehacer médico con sensatez en promoción del bienestar del prójimo.

Promover la prevención de enfermedades y la vigilancia epidemiológica de la salud tanto individual como colectiva.

Fomentar el crecimiento personal siempre acompañado de valores y rectitud.

Construir una práctica médica sobre cimientos de un profesional confiable que genere seguridad y confianza en los pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

Tomar iniciativa en promocionar altos estándares en la atención médica siempre guaida por la ética profesional.

Discernir la instauración de un tratamiento en el momento adecuado tomando en cuenta la prioridad en el diagnóstico, la urgencia médica y los recursos disponibles.

Verificar la evolución del estado del paciente después de instaurar un plan de manejo valorando la respuesta al tratamiento con evaluaciones posteriores.

Buscar alternativas eficaces aun cuando no se cuente con las herramientas adecuadas para la atención del problema.

Recabar hábilmente la información mediante la anamnesis centrada en el paciente y seleccionar los datos más relevantes en cada caso.

Fortalecer la búsqueda de información de otras fuentes (familiares) cuando no es posible obtenerla del paciente.

Evaluar los resultados obtenidos de la anamnesis, la exploración física del paciente, los estudios de laboratorio y gabinete para llegar a un diagnóstico certero.

Habilidad de gestión de la información y poder hacer uso de la mejor evidencia posible de ciencias clínicas en la toma de decisiones para el diagnóstico, el tratamiento y resolución de problemas clínicos de la atención médica

Utilizar la tecnología para enriquecer el proceso de aprendizaje, con racionalidad asertividad basándose siempre en la clínica.

Gestionar de manera equitativa el tiempo requerido para actividades académicas, clínicas y personales.

Registrar de forma adecuada y legible los datos médicos del paciente en el expediente clínico.

Establecer un plan de manejo en el paciente tomando en cuenta la optimización de recursos en el menor tiempo posible.

Participar activamente como miembro de un equipo el cual estará encargado de establecer y vigilar la calidad y la mejora continua en la atención del paciente.

Generar un ambiente laboral regido por el respeto para así fortalecer la buena práctica interdisciplinaria.

Tener la habilidad para discernir cuando es necesario recurrir a algún otro profesional de la salud en pro del bienestar del paciente.

Dirigir proyectos de la práctica clínica sobre el paradigma humanista.

Compartir y promover el aprendizaje significativo.

Liderar la cultura de promoción y prevención de la salud.

Construir los principios de la práctica clínica sobre el paradigma humanista.

Estar dotado de valores como honestidad, solidaridad, empatía en el manejo de información delicada y de difícil trasmisión para el paciente y sus familiares.

Crear un profesional comprometido, como figura de confianza que permita la adecuada relación médico-paciente, así como con otros profesionales de la salud.

Otro punto importante que debe de provocarse dentro de las Asociaciones Médicas es la Innovación educativa que permite la creación de nuevos conocimientos, el pensamiento crítico, la buena toma de decisiones, la resolución de problemas con una visión internacional, asi como la promoción de valores, el afán de superación así como la honestidad, responsabilidad, compromiso, cultura de trabajo, espíritu de servicio, cultura humanística y visión trascendente, donde además se puedan desarrollar habilidades de autoapredizaje, trabajo colaborativo, desarrollo de una buena comunicación y uso de la tecnología.

Las asociaciones deben de participar en la modernización de la educación en donde

se pueda ejercer el poder del profesor-alumno hacia un aprendizaje reflexivo, en donde la educación conlleve al alumno al razonamiento, a la reflexión y al análisis, con enseñanza de valores y actitudes de parte del maestro y que éste promueva la educación basada en competencias con alto profesionalismo médico.

En este rubro existen grandes retos, entre los que estan el Trabajo en Equipo de Alto Rendimiento, la valoración de la Salud Mental del personal de salud, la educación a distancia con cursos *online*, promoviendo desde las asociaciones seminarios de investigación y educación, programa de videoconferencias y una nueva generación de medios electrónicos.

En relación a la innovación se debe de incrementar la calidad del recurso humano en formación, con estrategias como el desarrollo de un Centro de Perfeccionamiento de Competencias, Educación a distancia, Programa de maestrías, Profesionalización docente y desarrollo de centros de formación humana y profesional descentralizado.

Los académicos estamos llamados a la creación y generación de nuevo conocimiento y a la difusión de este conocimiento a nuestros alumnos, nuestros colegas y a la sociedad, por lo cual, nuestro compromiso con la atención médica, la investigación, la docencia y la esfera pública es innegable.

Las asociaciones médicas debemos de pensar con innovación, construir como desarrollar las habilidades de las personas bajo el principio de la práctica clínica sobre un paradigma humanista.

Volver a la figura de confianza que permita la adecuada relación médico paciente.

Manejar información delicada y de difícil transmisión para el paciente y sus familiares hacia una información fácil y comprensible.

Formar a un profesional dotado de valores como honestidad, solidaridad y empatía.

Sembrar en nuestros alumnos la semilla de la curiosidad en la ciencia, la profundización en el estudio, la enseñanza y mentoría de la investigación en el campo de la medicina.

Comprometemos con nuestro Sistema de Salud en la promoción y realización de programas trascendentes que conduzcan a elevar el nivel de bienestar y salud en toda nuestra población, dejando de lado raza, credo, género, y nivel económico y así honrar la tradición de excelencia que siempre ha existido en la medicina.

Continuar promoviendo que el orgullo de servir, cualidad intrínseca del personal de salud, esta dentro de nuestra vocación.

Promover la innovación, los valores, las competencias, profesionalismo médico, médico experto, colaborador, defensor de la salud, profesor como cabeza para poder transformar la forma de pensar de los alumnos, participar en temas de decisión, trabajo en equipo, gestión de información.

Seguir aprendiendo de las figuras.

Pensar en poder llegar a tener un profesional de la salud culto.

Agradecer a Dios, y nuestros compañeros, que al igual que yo han encontrado en sus senderos, mentores, a quienes siempre tendremos que agradecer sus enseñanzas y su apoyo.

Lecturas Recomendadas

- Senge P. *La Quinta disciplina*. Ed. Garnica,
- Navarro-Reynoso FP. Navarro-Murillo P. *Hacia una nueva Administración de hospitales.* Editorial Trillas. 2008. ISBN 978-968-8502-2
- Navarro-Reynoso FP. Navarro-Murillo P. Gutierrez-García Lourdes. *Hacia una nueva Administración de hospitales.* Editorial Trillas. 2016. En prensa.
- Fayerabend P. *Tratado contra el método.* 4ª. Edición. Editorial Tecnos. 2000.
- González-Martínez JF. García-García A. Higuera-Ramírez JF. *Modelo de Enseñanza del Hospital General de México.* 2008.

CAPÍTULO
02

LA CIRUGÍA GENERAL Y LA EDUCACIÓN MÉDICA DE PREGRADO

Dr. Jesús Tapia Jurado
Dra. Elizabeth Choy Muñoz

1.- Antecedentes

Desde el principio de la humanidad, las destrezas quirúrgicas van unidas a las habilidades clínicas del diagnóstico y tratamiento. Se tienen antecedentes de cómo se corregían lesiones traumáticas (heridas, fracturas), hasta problemas como obstrucción aguda de orina, desnutrición, sangrado, etc., a través de sondas y catéteres. Sin embargo, en algunas culturas existió por siglos una separación entre el médico clínico (médicos de bata larga) y el cirujano (médicos de bata corta y barberos), y es hasta los últimos tiempos en que se logra unir en el médico ambas habilidades. También podemos afirmar que, por el gran crecimiento exponencial y complejidad de los conocimientos médicos y técnicas quirúrgicas, se ha fragmentado el trabajo del médico en diversos niveles: médico de primer contacto, de segundo y tercer nivel de la atención médica o también llamados médico general, especialista y médico de alta especialidad. En el presente escrito, estamos hablando exclusivamente del médico que solo ha llevado estudios de pregrado, y no de especialidad ni alta especialidad, maestría o doctorado. Es decir, estamos hablando del médico de primer contacto, donde obviamente tiene acotadas sus actividades en el proceso salud-enfermedad, al igual que sus competencias en el campo quirúrgico. El Médico General debe ser consciente de lo que puede, sabe, debe y se le certifica lo que puede realizar. En lo que se refiere a los conocimientos y habilidades en cirugía, debe saber procedimientos básicos quirúrgicos para poder ofrecer con calidad sus servicios en el **PRIMER CONTACTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA**.

Por lo tanto, debe saber la clínica de los principales cuadros quirúrgicos, como ejemplos tenemos: apendicitis y colecistitis agudas, hernias, tromboembolias, tumores de diversos tipos, infarto al miocardio, etc. con la finalidad de emitir un juicio diagnóstico asertivo, solicitar los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios y la terapéutica inicial, todo correspondiente a su nivel de competencia y certificación; por otro lado, debe saber bases quirúrgicas del manejo de heridas, fracturas, colocación de sondas y catéteres y evidentemente reglas de asepsia y antisepsia. Con todo ello, logrará un **DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y LA REFERENCIA OPORTUNA** al nivel médico adecuado, donde otro tipo de médicos y cirujanos, especialistas y con alta especialidad, continuarán las medidas médico-quirúrgicas pertinentes. Estas valiosas acciones llevan a una medicina

preventiva de baja morbilidad y mortalidad, garantizando calidad en la atención médica hacia la sociedad. En otras palabras, el médico de primer contacto debe favorecer **NO DISTORSIONAR LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, NO REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA LOS CUALES NO ESTÁ CAPACITADO Y NO RETRASAR EL ENVÍO CORRECTO DEL PACIENTE.**

2.- Programas de Estudio

A principios del Siglo XX, después de un estudio minucioso vertido en el informe Flexner[1], se implementaron una serie de sugerencias para impartir educación médica de calidad, de las cuales unas se aceptaron al 100%, como son: dos años de ciencias básicas en la Universidad, seguidos de dos años de Ciencias Clínicas en servicios de hospital, vinculación de las escuelas de Medicina con las Universidades y los Hospitales. Sin embargo, otras sugerencias han sido limitadas y difíciles de implementar, como son: integrar los conocimientos básicos con los clínicos desde el inicio de la carrera, limitar el conocimiento memorístico contra un aprendizaje activo con pensamiento crítico y razonado, con requisitos escolares previos de matemáticas y ciencias y donde los profesores deben ser de tiempo completo.

Ya a fines del Siglo XX la *World Federation for Medical Education*[2] emitió diversos puntos de vista interesada en que las universidades fijen estándares para evaluar sus planes y programas de estudio. En la actualidad lo que está dominando son los planes de estudio por Competencias[3], los cuales pretenden desarrollar un conjunto de capacidades que involucran el saber, el saber hacer y el ser del futuro médico, reforzando consistentemente con eficiencia y calidad las funciones para resolver los problemas de salud individual y colectiva que les sean demandados por la sociedad.

En lo que se refiere a las habilidades quirúrgicas que dichos planes y programas mencionan, en Universidades de países desarrollados se ofrecen conocimientos y habilidades sobre asepsia y antisepsia, nudos y suturas, uso correcto de guantes, venopunción, cierre de heridas superficiales, colocación de catéteres y sondas e inician tempranamente el contacto clínico con los pacientes, además de la práctica de habilidades quirúrgicas básicas.

Las Competencias mínimas que se esperan al final de la carrera son:

- Conocimientos de las ciencias biomédicas, socio médicas y clínicas.
- Habilidades clínicas para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Comunicación efectiva, pensamiento crítico, juicioso y razonado para la toma de decisiones asertivas.
- Desarrollo y crecimiento personal del estudiante que lo llevará a ser un profesional íntegro, ético y con responsabilidades legales.

Por lo tanto, el temario de cirugía en un programa de estudios del PREGRADO debe ser preciso en cantidad, extensión y profundidad de conceptos quirúrgicos, limitándolo a aspectos de la asepsia y antisepsia, comportamiento en el área quirúrgica, trauma, infección y cicatrización y clínica de la patología quirúrgica que puede ver el médico de primer contacto para su referencia oportuna al especialista. Dentro de las habilidades quirúrgicas básicas destacan limpieza de manos, fundamentos de asepsia y antisepsia, inyecciones, venoclisis, manejo de líquidos y electrolítos, curación y sutura de heridas superficiales, colocación de sondas básicas de drenaje urinario y gástrico. Ademas, la educacíon médica debe tener una fuerte carga

ÉTICA para lograr una actitud de servicio, compromiso, responsabilidad y solidaridad con el enfermo, es decir hacer un sujeto íntegro y profesional.

3. Estrategias educativas

Debemos tomar en cuenta que estamos trabajando con personas adultas y en las cuales debemos reconocer desde un punto de vista neurobiológico[4] sus características de aprendizaje para desarrollar conocimientos y destrezas, como son: repetición, reforzamiento, visualización, intensidad de estrés y fatiga, participación activa y comprometida, capacidad para desarrollar multitareas y búsqueda de información mediante sistemas multimedia; sin olvidar que cada alumno tiene estilos de aprendizaje diferentes.

Por otro lado. la tendencia es a evitar que el profesor continúe siendo el centro del proceso educativo y transformar la educación a una enseñanza centrada en el alumno, donde estamos obligados a enseñar lo que el alumno necesita y no lo que el profesor desea. También debemos enseñarle a que es indispensable trabajar en grupo ya que el trabajo médico actual requiere de un EQUIPO para poder brindar una medicina de calidad.

Otras estrategias educativas incluyen la medicina basada en evidencias[5], la cual nos apoya en encontrar conocimientos científicamente avalados; la medicina basada en problemas donde se ofrecen escenarios clínicos específicos y se analiza el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de casos reales; la enseñanza en pequeños grupos, donde se discute directamente y en forma interactiva la toma de decisiones en el comportamiento médico; enseñanza en línea que permita el reforzamiento a distancia; además de las lecturas complementarias y videos disponibles.

Especial atención es la estrategia educativa de la **SIMULACIÓN**[6], la cual es una metodología de entrenamiento, que reproduce la realidad en un ambiente controlado y cuya finalidad es adquirir y/o mejorar las competencias profesionales psicomotrices, de comunicación, coordinación y liderazgo.

Sus objetivos son:

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Realizar prácticas acordes al curriculum educativo.
- Estandarizar los procedimientos.
- Repetir las prácticas cuantas veces sea necesario.

Y sus beneficios son:

- Aprendizaje en entorno controlado, libre de consecuencias adversas para los pacientes.
- Corregir errores que serían inaceptables en la práctica clínica y que en la simulación se pueden observar.
- Acortamiento de la curva de aprendizaje.
- Optimización y ahorro de recursos del quirófano.

La simulación puede ser con modelos **no biológicos**, que en general son maniquíes de diversos plásticos pero que simulan segmentos de tejidos, órganos o cuerpos íntegros, algunos sincronizados con programas computarizados que los lleva a simular diversos problemas médicos: simuladores de realidad virtual que permiten programar inclusive técnicas quirúrgicas con complicaciones diversas.

Los simuladores **biológicos** son segmentos de animal inerte o animal vivo (porcino, ratón) y material humano inerte (cadáver), son de alta fidelidad y gracias a nuevos procedimientos de preservación de tejidos están regresando a ser los más adecuados. Para Ziv[7], la simulación como estrategia educativa es una necesidad **ÉTICA**, ya que a los pacientes se les protege y no son objeto del aprendizaje, además de que

la educación se convierte en el único objetivo del ejercicio y la adquisición de habilidades y destrezas quirúrgicas es más rápida[8].

4.- Sistemas de evaluación

Las habilidades y destrezas quirúrgicas por básicas que sean requieren ser evaluadas periódicamente, para confirmar que las destrezas se mantienen y se realizan en forma adecuada y completa. La evalua-ción no tiene el simple propósito de dar una calificación, sino de conocer si el proceso enseñanza-aprendizaje logró un cambio de conducta en el alumno.

Los tipos de evaluación son diferentes y depende de lo que queremos evaluar, la que debemos aplicar. Por tiempo existe la evaluación diagnóstica que nos permite conocer el grado de conocimientos y habilidades con que llega un estudiante; la evaluación formativa es en un segundo momento, la cual puede ser periódica y nos va informando sobre el avance que el estudiante va teniendo tanto en conocimientos como en habilidades, y la evaluación final o sumativa que nos habla de los logros alcanzados al final del proceso educativo. En lo que se refiere a las habilidades podemos hacer evaluaciones de acuerdo a listas de cotejo, a respuesta a un simulador virtual o a un portafolio, o a programas específicos de computadora donde podemos medir los movimientos adecuados o erróneos del sustentante[9].

Lo más importante de una evaluación completa no se limita a conocer el grado de aprendizaje cuantitativo y cualitativo de un alumno, sino además está evaluando la calidad educativa del profesor o tutor y si el proceso o programa educativo está dando resultados satisfactorios en la formación del estudiante. Por lo tanto, todo acto educativo debe tener evaluación y el tipo de la misma dependerá del objetivo a lograr.

Vale la pena resaltar lo que se debe enseñar lo que se debe aprender y evaluar lo que se debe saber.

5.- La ética en la educación del pregrado

La medicina es una de las profesiones más supervisadas y donde la ética y bioética juegan un papel fundamental. Dado que el paciente brinda toda su confianza al médico, el profesional de la medicina debe responder con una sólida formación en conocimientos, habilidades y actitudes (saber, saber hacer y ser). El médico debe ser justo, buscar los beneficios y no los perjuicios del enfermo, permitiéndole a la vez ser parte de la toma de decisiones en su camino a la salud, favorecer su autonomía y analizar en forma conjunta qué calidad de vida desea tener; todo ello, rodeado de un interés global en su medio ambiente social. Así como existen situaciones claras como lograr una adecuada empatía y comunicación con el enfermo y sus familiares, ofrecer las máximas capacidades científicas, habilidades médico-quirúrgicas, información clara y completa y un trato digno y solidario, existen otras que debemos respetar y aceptar en forma conjunta y que se mantienen en controversia, como pueden ser la interrupción del embarazo o la muerte asistida.

Por otro lado, el alumno de los estudios médicos debe preguntarse si está comprometido éticamente con su función de servicio, solidaridad e integridad, por lo cual requiere características definidas, mencionando algunas como son[10, 11]:

- Objetivos claros y bien definidos.
- Confianza en sí mismo.
- Voluntad para tomar riesgos.
- Autocrítica para reconocer su dominio.
- Perseverancia en el logro de sus metas.
- Aprovechar al máximo los recursos educativos.
- Aceptar los resultados de sus evaluaciones.
- Prudencia y humildad.

Por lo que toca al profesor, éste debe preguntarse si enseña con calidad, brinda el tiempo suficiente a sus alumnos, si sus técnicas de aprendizaje son adecuadas, si estimula a los alumnos, si es justo al evaluar, si favorece el acoso sexual, si discrimina; sin dejar de reconocer que nuestra la enseñanza que podemos brindar a nuestros alumnos, es nuestra manera de ser.

Por lo tanto, el profesor debe tener cualidades específicas como son:

- Facilitar el aprendizaje.
- Diagnosticar problemas del aprendizaje.
- Dirigir eficazmente al estudiante.
- Coordinar actividades y recursos para alcanzar los objetivos del aprendizaje.
- Respeto hacia el grupo de alumnos.
- Actitud de apertura para aprender con los alumnos.
- Lograr la autocrítica.

A continuación, señalamos los principios éticos de la educación médica que sugiere Bedolla[12]:

- Debe estar centrado en las dudas, necesidades y características que tiene cada alumno.
- El alumno debe contar con el tiempo suficiente para lograr retener y realizar lo aprendido.
- El alumno debe contar con las estrategias y tecnologías suficientes para lograr retener y realizar lo aprendido.
- El alumno debe tener la oportunidad de explorar y definir las implicaciones y consecuencias de su aprendizaje y tener la oportunidad de verificarlo en circunstancias concretas.
- Dar oportunidad al alumno de practicar lo aprendido para que de esta forma se hagan parte de su manera de pensar y de ser.

Agregaremos que en el momento actual ya no es ético aprender solo sobre el paciente y que sufra las consecuencias de la curva del aprendizaje, por lo que se requieren estrategias educativas alternas, y como ya fue mencionado, cómo son la medicina basada en problemas y la simulación.

6. Importancia de la investigación en los estudios médicos

Como bien sabemos, los conocimientos médicos se han desarrollado exponencialmente, se comenta que salen dos investigaciones médicas cada minuto, por lo tanto, es una materia muy dinámica y que requiere la actualización constante. A la vez, el buen médico no es el que solamente da servicio de alta calidad, sino también realiza docencia e investigación, ésta última debe respetar los códigos y comités pertinentes y procurar siempre obtener resultados que ayuden al avance de la Medicina[13].

7.- Título de Médico Cirujano[14]

En México, desde 1768 se creó el Real Colegio de Cirugía y para 1833 se fusionaron los estudios médicos con los de la cirugía, es decir, tenemos escasos 183 años de que en México los estudios médicos incluyen los quirúrgicos[15].

En la actualidad existen corrientes académicas que ven con riesgo el que el egresado de los estudios médicos del pregrado reciba el título de Médico Cirujano y con cierta razón buscan que cambie el nombre de dicho título a Médico General o Licenciado en Medicina o simplemente Médico. Es cierto, que algunos médicos en forma antiética se atreven a realizar una cirugía para lo cual no están capacitados. Sin embargo, más que un problema del nombre que lleva el título, el problema se resuelve si todo médico se limita a realizar lo que los programas de estudio avalados le confieren al final de su carrera. Por lo tanto, el programa de estudio debe ser claro en qué actividades y habilidades debe participar el médico egresado e

indudablemente el recién titulado del pregrado no está en condiciones académicas y mucho menos legales de efectuar un procedimiento quirúrgico mayor. El médico general debe ser autocrítico en el sentido de no hacer nada para lo cual no esté capacitado.

8. Conclusión

Podemos terminar estos breves comentarios diciendo, que el estudiante de medicina tiene un camino arduo por delante, donde su comportamiento, conocimientos y habilidades deben utilizarse con sabiduría, entregando al paciente su mejor esfuerzo y de acuerdo a la preparación alcanzada, con una madurez que lo lleve a realizar hasta los límites de sus competencias para beneficio de sus pacientes. Si actúa con un juicio crítico, sabedor de sus cualidades y limitaciones, podrá gozar del respeto y admiración de sus pacientes, en una de las profesiones más nobles de la humanidad.

Referencias

1. Duffy TP. *The Flexner Report – 100 Years Later. The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2011;84(3):269-276.
2. Karle E H. *World Federation for Medical Education Policy on International Recognition of Medical Schools' Programs*. Ann Acad Med, Singapore, 2008, vol. 37, p. 1041-1043.
3. Ponce de León ME, Varela ME. *De la escuela de medicina a la práctica profesional ¿Un problema de currículo?* En: Pérez JA et al. (eds.). *La educación médica en el siglo XXI*, 1ª. Ed. México: Alfil. 2008:139-151.
4. Friedlander MJ, Andrews L, Armstrong EG, et al. *What Can Medical Education Learn from the Neurobiology of Learning?* Acad Med. 2011; 86(4):415-420.
5. Vega-DeCéniga M. *Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación.* Angiología. 2009; 61:29-34.
6. Rosen KR, *The History of Medical Simulation. Journal of Critical Care*, 2008; 23(2), 157-166.
7. Ziv A, Wolpe PR, Small S, et al. *Ethical Imperative. Academic Medicine* 2003;78: 783-788. *Simulation-Based Medical Evaluation*: An
8. Blackburn SC, Griffin SJ. *Role of Simulation in Training the Next Generation of Endoscopists. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2014;6(6):234-239. doi:10.4253/wjge.v6.i6.234.
9. Escamirosa FP., Flores, RMO., Garcia, IO, Vidal, CRZ, Martinez, AM. *Face, Content, and Construct Validity of the EndoViS Training System for Objective Assessment of Psychomotor Skills of Laparoscopic Surgeons*. *Surgical Endoscopy*, 2015; 29(11), 3392-3403.
10. Lifshitz GA. *La ética del estudiante de medicina*. Med Int Mex 2001; 17 (4): 202:203
11. Tapia JJ. *La ética de la enseñanza*. Cirujano General Vol. 34 Supl. 2 – 2012.
12. Valdez ME, Bedolla M. *Comités de ética clínica en México: su desarrollo en el IMSS.* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007 vol. 45, núm. 3: 265- 268
13. Tapia JJ. *Ética, investigación y docencia en cirugía*. En: TapiaJJ, Reyes AWA, Archundia GA Introducción a la Cirugía. Mc Graw Hill 2013:13-27
14. Cravioto A. *El título de médico cirujano. Consideraciones acerca de una tradición médica, histórica y jurídica*. Rev Fac Med UNAM. 2001; 44:221-223.
15. Rodríguez ME. *Los estudios médicos en México*. Periodo virreinal y siglo XIX. Bol Mex His Fil Med 2001; 4 (2):16-22

CAPÍTULO
03

EL MÉDICO Y EL PACIENTE

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

La dupla médico-paciente constituye la relación fundamental en los procesos de atención médica. El papel de los médicos está más o menos definido en los códigos deontológicos, los referentes históricos, la descripción de la profesión y en la responsabilidad social que asumen. El del paciente está menos definido porque históricamente ha sido sólo un obediente procesador de las órdenes del médico. En este escrito intentaremos describir el papel del paciente, recordar un tanto el del médico y abundar sobre la relación entre ambos.

El papel del paciente

El término no se refiere sólo a los enfermos sino a todo aquel que entra en contacto con un sistema de salud. Cabe entonces la denominación de "pacientes sanos". La jerga de la administración ha adoptado términos de la empresa tales como "cliente", "usuario" o "consumidor" en tanto que los médicos nos hemos convertido en "prestadores de servicios de salud".

Hoy en día está muy claro que el paciente tiene un papel activo en los procesos de atención médica; y no es solo el que se disciplina a las indicaciones de los médicos sino que tiene su propia opinión la que en muchos casos está por encima de la del médico. Se reconoce su autonomía o capacidad de autodeterminación que le permite aceptar las sugerencias de los médicos, pero también la de negarse a seguirlas porque no le parecen aceptables o apropiadas. Este derecho a la autonomía tiene, desde luego, sus límites, el más importante relacionado con la competencia del enfermo, entendida ésta como la capacidad de comprender en su justa dimensión todas las circunstancias de la decisión. Esto supone que debe estar perfectamente informado para poder decidir, de modo que una responsabilidad de los médicos de hoy es la de proveer toda la información necesaria y, si se afilia al principio de autonomía, respetar las decisiones del enfermo.

Hoy se reconoce que el paciente tiene un papel fundamental en su propia atención, pero también en la educación médica, en la investigación y en las políticas de salud. El paciente en general es quien solicita los servicios y quien elige qué tipo de atención quiere: alternativa o científica, general o especializada, domiciliaria o ambulatoria, urgente o programada. En la decisión terapéutica la voz del paciente se oye cada día más; hoy se pueden plantear opciones y un paciente bien informado puede elegir la que le parezca más conveniente para él. La adhe-

rencia o apego terapéutico es fundamental para la atención de enfermedades crónicas y es el propio paciente quien se responsabiliza de ello; no se puede excluir al médico pues es quien debe lograr esta adherencia; en otras épocas el médico prescribía y ya era una decisión del paciente si seguía o no las indicaciones. Hoy no se puede eludir la responsabilidad de los médicos al instruir y convencer a los pacientes de la necesidad de ajustarse a las recomendaciones. El paciente participa en la evaluación y mejoría de los servicios de salud mediante su opinión y sugerencias; en al autocuidado que para el la Organización Mundial de la Salud es el recurso más valioso para la atención médica y que incluye la automedicación, satanizada porque se suele entender como autoprescripción.

Qué espera el paciente

Pareciera que la necesidad del paciente se satisface con un tratamiento apropiado que le permita recuperar o mantener su salud. Al paciente no le importa tanto el nombre de su enfermedad porque frecuentemente no identifica las implicaciones de esta denominación. Pero el paciente tiene también otras necesidades: comprensión, compasión, empatía, ser escuchado, entender lo que le está ocurriendo, participar en su atención, comprender las implicaciones familiares y sociales (laborales) de su enfermedad, que se le haga una interpretación integral de su estado de salud, que se considere su individualidad y no se le maneje como a todos los demás con los que comparte un diagnóstico, que se tomen en cuenta sus diferencias culturales, intelectuales y económicas.

Regulación social de la práctica médica

Los médicos hemos acostumbrado la autorregulación; nosotros mismos decidimos lo que es correcto y lo que no, y no estamos acostumbrados a rendir cuentas. En las instituciones ya suele existir una forma de vigilancia y reglamentos, y más recientemente ha aparecido una regulación por pares, especialmente a través de los Consejos de Certificación. La regulación legal por los gobiernos no ha sido totalmente aceptada por los profesionales de la salud, aunque tiene un carácter obligatorio. Pero parece ser que la regulación más eficaz es la regulación social a través de los pacientes. Si un paciente no está satisfecho suele por lo menos abandonar al médico si no es que reclamar o demandar. Hoy en día el número de demandas se ha multiplicado y algunos pacientes se han organizado para exigir sus derechos, como ha ocurrido con los que padecen VIH-SIDA, insuficiencia renal o fibromialgia. Esta forma de regulación social se ha identificado con el movimiento emancipador de los pacientes; si en la revolución francesa el pueblo se emancipó contra la monarquía, contra la aristocracia, se dice que ahora los pacientes se han emancipado contra la iatrocracia, el poder ilimitado de los médicos. El paciente puede ejercer individualmente esta regulación social cuando elige a su médico o solicita un cambio de médico.

Prerrogativas del paciente

Al paciente se le ha negado el derecho de automedicarse cuando se le permiten decisiones mucho más serias y riesgosas. Habrá que definir la automedicación como el empleo de medicamentos de venta libre (OTC) que están diseñado precisamente para su uso sin necesidad de acudir al médico, pues no requieren una prescripción escrita y las instrucciones de su uso se encuentran en el envase o en un inserto. Se distingue de la autoprescripción cuando el paciente recurre a medicamentos que requieren una receta del médico y que éste defina la dosis, tiempo y fraccionamiento. La automedicación está considerada como

uno de los elementos del autocuidado y es perfectamente válida según la Organización Mundial de la Salud. Pero se decía antes que se acepta que los pacientes tomen decisiones cuyos desenlaces pueden ser más serios que los de la automedicación y no se les suele criticar o sancionar. Por ejemplo, al paciente le toca identificar la necesidad de solicitar la atención, ya sea urgente, telefónica o programada; selecciona qué tipo de atención prefiere; en muchas circunstancias puede elegir al médico que le inspire confianza (no necesariamente el más competente); puede aceptar o rechazar los procedimientos que se le propongan; decide adherirse o no al tratamiento prescrito; le toca acechar la aparición de efectos adversos de la terapéutica y reportarlos; le corresponde vigilar la evolución de su enfermedad; etc.

Relación médico-paciente

La profesión médica es muy antigua. Tan sólo si se considera desde Hipócrates tiene 2,500 años. Con ello surge la reflexión de cuánto hace que nuestra profesión cuenta con remedios eficaces, y la respuesta es que no más de unos 100 o 150 años. ¿Cómo es posible que una profesión que carecía de eficacia ha podido sobrevivir tanto tiempo? La respuesta se encuentra en dos mágicos fenómenos: uno es el efecto placebo que ha permitido que los pacientes mejoren a pesar de la falta de eficacia intrínseca de los remedios, y el otro es la tendencia de muchas enfermedades a curarse solas (*vis medicatrix naturae*). Detrás de ambos se encuentra la relación médico-paciente que da valor al placebo y que en sí misma funciona como efecto placebo, y proporciona soporte para que mientras tanto las enfermedades se curen. La relación médico-paciente es el sustento de la práctica clínica y, aunque ha evolucionado con los años, mantiene su esencia.

La relación médico-paciente tradicional se conoce como hipocrática y es una forma de relación paternalista en la que el médico actúa como padre y el paciente como hijo. El médico toma las decisiones por el paciente y éste tiene que obedecer, puesto que es por su bien. Esto se puede lograr mediante una conducta autoritaria benévola, pero el paciente no tiene participación en las decisiones. En ningún momento hay una mala intención por parte de los médicos quienes consideran lo que es mejor para el paciente, pero sin tomarlo en cuenta. Esta variedad de relación ha sobrevivido por años, pero en los últimos tiempos la sociedad ha cambiado. El rasgo más sobresaliente de los nuevos tiempos es el reconocimiento del principio de autonomía que concede a los pacientes el derecho a tomar sus propias decisiones, aunque difieran de las del médico. Aunque no todo mundo se ha afiliado a este principio, ha significado un cambio muy importante. El médico enfrenta el dilema entre respetar la autonomía del paciente o priorizar el principio de beneficencia. En otras palabras: hacer lo que al paciente le conviene aunque éste no esté de acuerdo, o respetar las decisiones del paciente aunque le perjudiquen o no sean técnicamente las mejores.

Con el cambio social han surgido nuevos modelos de relación médico-paciente. Tal vez el más conspicuo sea el modelo contractual en el que ambos miembros del binomio hacen compromisos aunque no necesariamente quedan explícitos. Cuando uno de los dos falla, el otro tiene derecho a reclamarle o a demandarlo. También se han desarrollado modelos mercantiles que siguen los principios de cualquier comercio, en el que uno compra y el otro vende; el modelo ingenieril en el que uno es el que sabe y el otro es un ignorante; el modelo legalista en el que uno es profesionista y

el otro cliente, pero existe la aspiración de un modelo colegial en el que médico y paciente son colegas, ambos igualmente importantes en las decisiones porque uno sabe de enfermedades y tratamientos y el otro es experto en su padecimiento.

El paciente en la educación médica.

Hasta ahora, la educación médica no se ha podido desarrollar sin pacientes. Las actividades de aula son realmente complementarias. No obstante, en los últimos tiempos han surgido alternativas como la de los pacientes artificiales que pueden ser estandarizados (actores que hacen las veces de pacientes), modelos mecánicos, electrónicos o animales (sus órganos y tejidos). Estos últimos tienen la virtud de que mientras el estudiante aprenden no se ponen en riesgo los pacientes reales, pero tarde o temprano se tiene que llegar a éstos. Los pacientes han resultado valiosos evaluadores del aprendizaje y generalmente están muy dispuestos a participar.

El paciente en la investigación médica

Buena parte de la investigación clínica se lleva a cabo en pacientes. Históricamente se han cometido muchos abusos, pero hoy hay una serie de regulaciones que impiden estas prácticas inapropiadas. Por supuesto que existen limitaciones pero el valor de los estudios en humanos no puede ser superado.

El paciente en las políticas de salud

También recientemente se han incorporado pacientes a los grupos colegiados que analizan políticas sanitarias. La opinión del paciente siempre será importante puesto que es quien vive las consecuencias.

Lecturas Recomendadas

- JHa V, Setna Z, Al-Hity A y col.: *Patient Involvement in Teaching and Assesing Intimate Examination Skills: a Systematic Review*. Medical Education 2010;44:347-57
- Lifshitz A: *La relación médico-paciente en una sociedad en transformación*. Acta Médica Grupo Ángeles. 2003;1:59-66
- Jinich H: *El paciente y su médico*. 2ª ed. México. El Manual Moderno. 2002

CAPÍTULO
04

LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA GENERAL EN MÉXICO

Dr. José Fenig Rodríguez

En nuestro país existen normas oficiales establecidas para la coordinación entre el sector salud y el sector educativo que forma y capa-cita recursos humanos para la salud, regulan a las diversas instituciones, públicas y privadas, con convenios para hospitales, instituciones de educación superior, profesores y con los médicos que desean ser educados en las varias especialidades médicas. Así la Secretaría de Salud garantiza la formación óptima de los residentes, para ofrecer seguridad y calidad en la atención a la población enferma, vigila la organización y el funcionamiento de las sedes hospitalarias previamente aprobadas para tal efecto.

Las diversas normas oficiales, expresan todos los derechos, obligaciones y los requisitos necesarios para participar en el proceso educativo formador de especialistas médicos. Son necesarios muchos factores, tales como una sede adecuada, o sea un hospital debidamente equipado tanto para atender óptimamente desde el punto de vista de necesidades básicas humanas, tanto al paciente como al residente; las instalaciones físicas deben estar bien equipadas, con un adecuado número de pacientes, de personal médico, paramédico y administrativo, eficientes e interesados en lograr la enseñanza médica deseada y prometida[1].

En nuestro medio, las residencias tradicionales, han sido las ofrecidas por los hospitales públicos, algunos de ellos considerados como verdaderos hospitales de enseñanza. Sin embargo, la gran cantidad de médicos egresados de las numerosas escuelas de medicina, públicas y privadas de nuestro país, ha interesado a los que brindan atención médica en los hospitales privados a participar en la formación de profesionales de especialidades médico-quirúrgicas.

En la tesis doctoral del Dr. Jorge Cervantes[2] se indica que en México hay más de 120 facultades y escuelas de medicina que titulan alrededor de 12,000 nuevos médicos cada año. El número de plazas disponibles de cirugía general en el país entero es de 620 para formarse en 133 sedes aprobadas y avaladas por diferentes universidades e instituciones del país. La UNAM avala, por medio de la división de postgrado de la Facultad de Medicina, a 25 sedes. Otras 33 son avaladas por otras universidades de nuestro territorio. El resto de sedes son aprobadas por diferentes autoridades educativas. Los hospitales gubernamentales tienen la gran mayoría de plazas. Solo unas pocas son

las existentes en los hospitales privados, (menos del 10%). El Consejo Mexicano de Cirugía General certifica anualmente alrededor de 250 nuevos cirujanos generales. En el país se practican alrededor de cinco millones de intervenciones quirúrgicas de todo tipo por año.

Los requisitos de ingreso para realizar una especialidad están bien estandarizados para cualquier sector participativo. Lo mismo que al final de la residencia, las formas de evaluación y acreditación por las distintas instancias que participan, tanto académicas como gubernamentales, están bien establecidas y correctamente normadas, sin importar el tipo de sede donde se efectuó la capacitación transformadora de médico general a médico especialista[3].

Como en todo, existen pros y contras en favor de la residencia realizada en un hospital público o en uno privado. Lo tradicional, ha sido en las residencias de hospitales llamados públicos, gubernamentales o de enseñanza. Pero la residencia de cirugía general hecha en un sitio privado también ofrece ciertas ventajas y conveniencias a algunos médicos jóvenes.

Desde el punto de vista práctico, sin importar si la sede es pública o privada, es conveniente redactar, conocer y discutir los hechos reales que se pretenden lograr con la educación y enseñanza de la cirugía general, enfocados a lograr la enseñanza en los campos asistencial, en el de crear habilidades y destrezas operatorias, en el afectivo y en lo posible en el de investigación, que inspiren la transformación vitalicia de los jóvenes cirujanos a verdaderos profesionales íntegros[4,5,6].

Es importante conocer el esquema general de actividades quirúrgicas cotidianas, para fijar congruencia y orden de las distintas actividades que deben ser realizadas a diario, en forma automática, ordenada, guiada, vigilada y valorada por el residente de mayor jerarquía, a quien se le debe implantar y demostrar la conducta de un verdadero líder responsable de todo el grupo. Actitud que tiene que ser siempre respetada y heredada por los residentes que van en ascenso. Cuando el ambiente laboral cotidiano se automatiza y cada uno cumple la parte que le corresponde, es cuando el aprendizaje y las conductas positivas se incorporan, porque cada quien comprende sus derechos y sus obligaciones, transmitidas por el ejemplo de sus compañeros de mayor jerarquía y por el profesorado.

El trabajo en grupo y en equipo es esencial, desde la tarea inicial del día, que es el pase de visita, la curación de la herida quirúrgica, la transcripción de las nuevas órdenes médicas de cada día, según el progreso clínico del enfermo, la actualización debida de las notas de evolución del expediente clínico, la solicitud de los exámenes clínicos y de gabinete en caso de ser necesarios y de requerirse, la comunicación pertinente con el cirujano responsable. Durante el paso de visita, el residente de mayor jerarquía debe de comentar con sus pares lo relevante de cada caso y revisar que el expediente clínico esté debidamente integrado. Todo ello lleva implícito aprendizaje nuevo, continuo, diferente y muy particular en cada enfermo.

De acuerdo con el Dr. A. Lifshitz[7]: "...la medicina de hoy acepta muchos calificativos... pero el prototipo sigue siendo el del clínico que conserva la imaginación tradicional de lo que la profesión ha sido durante milenios, imagen que continúa respondiendo a las expectativas de la sociedad. Los pacientes continúan necesitando quién se ocupe de ellos como seres individuales, quién los entienda y quién los ayude a superar sus problemas de salud". A esta idea solo es conveniente agregarle que ello se debe de hacer a la orilla de la cama de cada paciente, durante el constante pase de visita las veces

que sea necesario. La metodología del paso de visita desde luego que tiene variantes, ya que se hace a veces solo, otras veces con compañeros residentes o estudiantes de medicina, y con el cirujano tratante o con el profesor.

Las actividades quirúrgicas diarias deben ser jerarquizadas y distribuidas por el residente de cuarto año, para que según el grado de dificultad de cada caso programado, distribuya la participación activa de los residentes en ellos. No debe quedar sala de operaciones sin uno o dos residentes. Para esto es importante comprender la taxonomía a seguir hasta convertirse en un cirujano autónomo. Durante el internado y la residencia de primer año se debe procurar el diario ingreso al quirófano para actuar como segundo o primer ayudante, con objeto de ir conociendo todos los pasos necesarios para realizar el acto quirúrgico de forma rutinaria, hasta lograr automatizar las destrezas. El residente de segundo año debe ser el primer ayudante de los casos de cirugía mayor y empezar a ser el cirujano de procedimientos técnicamente menos demandantes. El residente de tercer año debe ser capaz de operar los casos más frecuentes y asistir como primer ayudante en los más complejos. Siguiendo esta taxonomía, el residente de cuarto año, idealmente, debe ser el cirujano en cada cirugía en la que participe junto con un tutor, pero con la responsabilidad implícita de enseñar a los residentes de menor jerarquía que lo están asistiendo. La enseñanza de residente a residente es esencial en el aprendizaje de todas las habilidades y destrezas. En cada acto quirúrgico, a manera de maestro y tutor, siempre debe estar presente un cirujano ya formado, para supervisar, enseñar, criticar y recomendar las mejoras aún pendientes de ser aprendidas. Al final de la residencia se espera que de manera autónoma el nuevo cirujano haya aprendido todo lo que un profesional de la cirugía debe saber. En otras palabras, el interno y el residente de primer año están en la etapa de adquisición de conocimientos y habilidades, en la fase cognoscitiva; los de segundo y tercer año, en la fase de fijación de conocimientos, habilidades y destrezas; y los del último año en la fase de autonomía, con una actuación independiente y segura[8].

El número de actos quirúrgicos en los que cada residente debe de participar es importante, depende del volumen de ingresos y del número de camas de cada sede. Pero es recomendable fijar una cantidad mínima para lograr el aprendizaje y la automatización de las capacidades manuales de la especialidad. El número mínimo aceptable es que cada rediente participe en al menos 250 casos en cada año de residencia, juntando lo hecho en todas las rotaciones realizadas en los distintos servicios del hospital sede así como en las realizadas en otros nosocomios y el nombrado servicio social. Cada residente debe llevar una bitácora personal donde anote los datos pertinentes de cada operación y donde señale qué puesto ocupó en cada cirugía. Los resultados son indispensables para juzgar y comparar las distintas sedes, lo mismo que para enterar a las autoridades del cumplimiento de esta parte tan importante de la residencia en cirugía general.

El objetivo final de la enseñanza quirúrgica, es haber impulsado la adquisición de un gran marco teórico para identificar e interpretar correctamente las manifestaciones clínicas del enfermo, pedir los estudios diagnósticos y exámenes de laboratorio que confirmen el diagnóstico preoperatorio, que con propiedad lo comunique e informe al enfermo y a sus seres cercanos, que discuta claramente el tratamiento quirúrgico a realizar junto con los resultados, las posibles complicaciones y los costos esperados, para ser aprobados preoperatoriamente. Debe enseñarse que el acto

quirúrgico se realiza cuando es pertinente, después de la necesaria preparación preoperatoria, sin ninguna precipitación y con la mejor habilidad técnica posible, para que el postoperatorio sea el mejor posible. Pero además el cirujano joven debe estar alerta y ser capaz de identificar, diagnosticar y corregir las diversas complicaciones postoperatorias. Después de finalizado el tratamiento quirúrgico, para formar experiencia y criterio, el maestro enseñará al residente a efectuar un análisis integral de cada detalle ocurrido durante las distintas fases del tratamiento quirúrgico, con objeto de retroalimentarse con todo lo sucedido, darse cuenta de cada pequeño o gran detalle, en lo general y en lo particular, además escribirlo en una agenda, bitácora o portafolio donde se anoten los datos pertinentes de cada acción; con esta metodología se demuestra y se compara objetivamente la cantidad y la calidad de los resultados obtenidos en cada sede hospitalaria.

Es obligación del profesor de cirugía de imponer y vigilar el cumplimiento de todas las etapas discutidas, no permitir ninguna desviación. Estar en constante contacto tanto profesional como humano con cada residente, para lograr mutua confianza y entendimiento. Afortunadamente, la enseñanza de la cirugía permite una larga convivencia, principalmente dentro del quirófano, para integrar una magnífica relación humana que facilita la implementación progresiva de la responsabilidad quirúrgica en forma guiada y vigilada por el tutor. Parafraseando al editorialista Catón, él considera que el título de maestro se gana por una vida de trabajo frente al grupo y por años y años de esforzarse por sembrar entusiasmos.

El aprendizaje de las habilidades y destrezas que la nueva tecnología demanda, afortunadamente ahora se facilita su dominio antes de ponerlas en práctica en el enfermo, con el mayúsculo desarrollo de múltiples tipos de simuladores que van desde modelos muy simples a otros muy complicados con los que se puede ensayar la totalidad de pasos a dar en la cirugía a realizar próximamente.

El método clásico de la enseñanza ha sido mediante la formulación de preguntas dirigidas al residente por parte del profesor, después que el primero ha esbozado todos los datos que ha recolectado del enfermo; el profesor los interpreta, da su opinión y decide qué hacer. A lo largo de este proceso, el residente capta y aprende cómo se integra el juicio quirúrgico. Este proceso se da las 24 horas del día de cualquier día en cualquier sitio del hospital. Pero para crear experiencia positiva, hay que recordar que es indispensable la retroalimentación de todo lo vivido a cada momento, desde luego vinculando todos los detalles de la realidad hospitalaria con lo ya sabido y estudiado previamente en la facultad de medicina y en las diversas actividades del programa académico propio de la institución. El demostrar y enseñar a vincular y relacionar lo teórico con lo real y verdadero, es la gran y única tarea del profesor de cirugía dentro del hospital durante la residencia de cirugía. Todo lo demás se puede aprender cómodamente en la casa sentado o acostado, en la biblioteca o en cualquier parque. Hay que inculcar que mediante la autocrítica honesta y con constante autoevaluación se logra llegar a la autonomía segura para ejercer siempre lo correcto, lo que origina autosatisfacción y progreso individual.

El propósito de la enseñanza en cirugía es el de, repetidamente, aprender haciendo, estudiando, viendo, enseñando y volviendo a hacer, para constantemente establecer la relación entre la teoría y la realidad, todo fundado en las experiencias significativas obtenidas a lo largo de cuatro años de continua supervisión y asesoría por parte de todos los cirujanos del hospital, no solo del profesor, muchos cirujanos

sirven de modelo y ejemplo a distintos residentes. La relación profesor y residente debe ser muy estrecha, pero también la relación y la competitividad entre residentes es deseable porque ayuda a la superación personal. En el hospital debe de prevalecer un buen ambiente laboral para inspirar la adquisición de conductas dignas de un profesionista bien educado e íntegro.

En cuanto a las actividades académicas de la residencia quirúrgica, se realizan con distintos tipos de sesiones vinculatorias de lo verdadero con lo teórico, no de clases, en las que el planteamiento de dudas, aclaraciones, discrepancias y todo tipo de discusiones son permitidas. En cada una de ellas es necesaria la presencia de un profesor o un coordinador, que se comporte como el conductor y como un gran educador. Lo ideal es tener, cuando menos, una sesión de una hora de duración cada día. Varios tipos de ellas se desglosan a continuación; hay que aclarar de antemano que para implementar el aprendizaje, la enseñanza se debe dar dentro de un ambiente de trabajo relajado, alegre, libre, feliz, jugando, gozando y agradeciendo los conocimientos, habilidades y actitudes y las experiencias constantemente aprendidas.

La sesión general del servicio es útil para el análisis de todo lo sucedido semana a semana para, tener datos de lo sucedido en cuanto a la cantidad de ingresos, egresos, cantidad y tipo de operaciones realizadas y discusión de cualquier problema médico quirúrgico pendiente de solución. Para pedir autorización y hacer consensos para establecer indicaciones y tipos de cirugía a realizar en pacientes pendientes de ello. Esta sesión variará según las características propias de cada servicio quirúrgico y de las políticas de cada hospital. El coordinador es el profesor y la asistencia es de todos los residentes de cirugía general con los cirujanos del hospital.

Una variante de la anterior descripción es la diaria reunión, por la tarde, de solo residentes de la especialidad, para realizar la llamada entrega de guardia, antes que los residentes que no están de guardia abandonen el hospital, con el fin de discutir con los residentes que se quedan de guardia lo sucedido durante el día, con mención especial de cada problema y de cada pendiente a realizar por la tarde o noche. El coordinador de la reunión es el residente de mayor jerarquía.

La sesión bibliográfica es clásica en la residencia de cirugía, desde que, según Harvey Cushing, la implantó William Osler en Montreal en 1875, para enterarse de las publicaciones médicas recientes, ya que no las podía comprar, cumple con la constante necesidad de incrementar la comunicación y la camaradería y la de conocer los conocimientos quirúrgicos recientes. Desarrolla y compara los distintos criterios quirúrgicos, todo ello enfocado a implementar mejoraría en la atención hacia el enfermo. El formato empleado es muy variado, se hace con la participación de uno o de varios residentes que revisan un tema, una revista quirúrgica, un meta-análisis que recomiende la solución de problemas difíciles y para debatir a favor o en contra de lo leído o para la discusión de un caso interesante con la correspondiente revisión de la literatura. Las variaciones pueden ser múltiples. El uso de la tecnología ha facilitado la disponibilidad de cualquier documento médico o científico de cualquier parte del mundo en cualquier momento.

Las sesiones audiovisuales son de muy variado formato por el avasallador avance tecnológico, cada día mayor y mejor; la posibilidad de crear este tipo de sesión es prácticamente infinito, están disponibles películas, videos de conferencias quirúrgicas grabadas o en vivo, sobre cualquier tema. Repetir en el aula lo acontecido o lo que está aconteciendo en el

presente en cualquier quirófano, de cualquier cirujano del mundo, hoy en día es posible. El conocimiento a nuestro alcance es muy abundante, deja entrever la cirugía del futuro, cómo se van solucionando más fácilmente los problemas más complejos. La cirugía sin sangrado, por orificios naturales, cada vez menos invasiva y agresiva y sin cicatriz, así como cualquier otro desarrollo tecnológico. Videos en tercera dimensión con sentido del tacto ya incluido en el instrumental. El bisturí inteligente que no corta lo no previsto y ordenado. El operar manejado a distancia un robot. La telecirugía y el telemonitoreo de cualquier función corporal con alarmas integradas y con recomendaciones para la solución inmediata de problemas. La telemedicina con teleconferencias y teleconsultas con cualquier colega de cualquier parte del mundo en forma instantánea. Todo lo que, afortunada o desafortunadamente, nos conducirá a la televisita médica, sin trasladarse al hospital o al cuarto del paciente y sin oírlo o tocarlo personalmente. El estetoscopio será pieza de museo. Todo ello es posible enseñarlo y aprenderlo en el aula. La relación médico paciente está cambiando[9].

Por medio de las computadoras, el programa completo de cualquier residencia médica está disponible para su revisión, estudio o análisis, también, en cualquier momento en cualquier lugar, incluso en el hogar. Simultáneamente, estos avances, incrementan la responsabilidad del autoestudio sin disculpa alguna. Posible desventaja es que fondos económicos son requeridos para lograrlo.

La sesión de morbilidad y mortalidad ha ganado tremenda importancia en el sistema moderno de la enseñanza y de la forma de la práctica quirúrgica exigida por la sociedad moderna. Las discusiones y análisis que se hacen en ella son para implementar la necesidad de trabajar con sistemas seguros, revisando las causas, efectos y soluciones de cualquier error cometido, con el fin de repararlo y prevenir de no ser cometido nuevamente. Pero sin juzgar o enjuiciar personalmente a los culpables. Su filosofía debe ser positiva y académica, no punitiva, se trata de crear buen juicio y buen criterio quirúrgico en todo el personal involucrado. Consta de la presentación y discusión de cada caso que ha tenido cualquier tipo de morbilidad o de un final fatal. Se deben de llevar récords adecuados para juzgar y comparar adecuadamente el grado de calidad que se está ofreciendo. La sesión es dirigida por el profesor de cirugía o por alguien de confianza que haya demostrado integridad y respeto de todos, para que sus comentarios sean confiables, adecuados e implementados. Para reforzar las discusiones es conveniente apoyarlas con artículos de la literatura quirúrgica que avalen las distintas opiniones. Si se efectúan con una audiencia multidisciplinaria, es mejor porque se dan diversos puntos de vista, más variados y menos sesgados, por lo tanto más enriquecedores. La sesión se termina emitiendo comentarios correctivos y preventivos. Por lo regular es una de las sesiones que más interesan a los residentes, porque son reales, vinculan lo hecho con resultados reales y actuales, a pesar de crear preocupación y posible vergüenza personal en quienes cometen errores, pero también crean deseos de superación y de mejora constante, ayudan a crear experiencia y juicio quirúrgicos.

Las sesiones interdisciplinarias son indispensables para conocer cómo otro servicio llegó al diagnóstico de una enfermedad que necesita tratamiento quirúrgico. Se aprende mucho mediante la presentación de casos del hospital reales y actuales, en ocasiones raros, complejos o con datos interesantes no cotidianos que hay que de dar a conocer y discutir. En estas sesiones de deben de mostrar todos los

estudios de laboratorio y de imagen, comentados idealmente por los distintos especialistas como el internista, el radiólogo, el subespecialista y el resto de participantes. La sesión debe ser bien presentada por el residente de mayor rango y discutida entre todos, en relación a los diagnósticos clínicos, por imagen y por anatomopatología, para en conjunto decidir la mejor conducta a seguir. La sesión, se recomienda efectuarla una vez por semana. Además, para lograr mejor la enseñanza, se requiere que en la siguiente sesión se comenten los resultados obtenidos para integrar, con esa retroalimentación, el ciclo completo del aprendizaje, vinculando siempre al paciente visto, discutido y tratado por los médicos de hospital con los resultados y criterios discutidos previamente y con resultado del tratamiento. No hay mejor método de enseñanza quirúrgica que el que se da en estas sesiones cuando se analiza retrospectivamente cada detalle sucedido en la realidad pasada.

Otro tipo de sesión, necesaria en cualquier residencia médica, es la llamada sesión general del hospital. En la que un médico experto en cualquier tema o especialidad médica o quirúrgica del hospital o un invitado, imparte una conferencia magistral, con asistencia de la totalidad de médicos estudiantes, residentes y médicos de todas las especialidades que trabajan en el hospital, además de cualquier interesado en el tema que se presenta. El intervalo de presentación también es recomendable sea semanal, en un horario cómodo para todos y en un auditorio bien equipado y amplio. Es una sesión muy valiosa y estimulante, no tan solo por los temas médicos generales presentados, sino porque da la oportunidad de conocer a gente líder en su campo de reconocido valor y prestigio que estimule a todos los asistentes.

La última sesión, o más bien clase, a comentar es la del estudio del llamado PUEM (programa único de enseñanza médica), en donde se pretende que el residente recuerde los temas teóricos del libro de texto recomendados y estudiados en la Facultad de Medicina, para ser recordado o ampliado por cada residente de acuerdo al año que curse. Sesión coordinada por un profesor y expuesta, por lo regular, por un residente del año en relación al temario. En opinión del que esto escribe, es una sesión muy difícil de cumplirla, la temática es de pregrado y repetitiva, se pide su desglosamiento, por año de residencia, de un temario que no vincula lo que el residente está viendo, haciendo y aprendiendo diariamente. No es posible pedir a los enfermos que cada mes cambien la enfermedad con la que acuden al hospital porque así lo pide el temario del PUEM. En la residencia quirúrgica se aprende, vale la pena repetir, asociando la realidad de la patología diaria con el tratamiento instituido y analizando los resultados logrados, sin considerar en qué capítulo del libro de texto están descritas y a qué año de la residencia corresponde. Si el residente tiene menos conocimientos que los necesitados, debe comprenderlo y autoimponerse un plan de autoestudio para adecuar lo que sabe a la verdad cotidiana que está viviendo. Para esto es la residencia hospitalaria, no domiciliaria.

Otra parte importante de la enseñanza en cirugía es la parte asistencial en la consulta externa, donde se deben de enseñar cómo poner en acción las buenas relaciones humanas para desde el principio entablar la mejor relación médico paciente posible. Cómo administrar el tiempo necesario para obtener la información clínica indispensable y pertinente. Cómo solicitar los estudios complementarios que consoliden el diagnóstico y faciliten el acto quirúrgico para brindar al enfermo la información y obtener la aprobación necesaria antes de la intervención recomendada. Discutir

los resultados esperados, las posibles complicaciones y el resto de medidas necesarias, de rehabilitación o de diversos tratamientos postoperatorios indispensables. Otros aspectos a demostrar en la consulta externa por el profesor o por el tutor, son los relacionados con las necesidades económicas, burocráticas, financieras y administrativas de la práctica médica en el consultorio, poco enseñadas y poco discutidas a lo largo de los años del aprendizaje en la facultad o incluso en el mismo hospital, y que son indispensables desde el punto de vista burocrático, fiscal y administrativo del consultorio.

Otro gran capítulo de la enseñanza quirúrgica es el que se refiere a la investigación. Desgraciadamente, aún muy limitado y muy débil en nuestro medio, porque no existen los recursos mínimos necesarios ni tiempo extra o exclusivo, ni el interés de hacerla en la gran mayoría de nuestros hospitales, no hay departamentos ni personal específico dedicado a hacerlo, tampoco existen planes, presupuesto, ni necesidad de ella. Pero es obligación del profesor de cirugía tratar de inculcar el hábito de investigar y publicar dentro de lo posible, al menos con el material clínico disponible, o con buenas ideas que sean dignas de ser comunicadas mediante publicaciones en revistas de la especialidad, las cuales también escasean en nuestro medio. Sin embargo, el residente tiene que darse cuenta de todas las bondades y ventajas curriculares que se acarrean con el esfuerzo de reunir y redactar datos para integrar artículos de interés quirúrgico, no solo para publicarlos, sino también para presentarlos en el hospital, en congresos nacionales e internacionales, para darse a conocer, elevar su prestigio y establecer relaciones humanas que lo lleven a ser considerado como un buen profesionista.

Las recomendaciones y consejos que el maestro debe darle al residente para publicar, ya las dio a conocer Lope de Vega cuando escribió: ¿Cómo publicar?, leyendo, /y lo que leo, imitando, /y lo que escribo, borrando; /y de lo borrado, escogiendo. Consejos sencillos de aprender. También es pertinente recordar lo que Jorge Luis Borges escribió: “No te orgullezcas de los que has escrito, sino de lo que has leído”. En otras palabras, la lectura conduce a la escritura; que es lo mínimo que el profesor debe señalar y enseñar al residente.

El siguiente capítulo del proceso de enseñanza aprendizaje de la cirugía general, es el relacionado con las indispensables evaluaciones que orientan en qué medida se han logrado los objetivos finales. Hay varios métodos de hacerlo, que si bien son un tanto teóricos, son usados tradicionalmente para juzgar el nivel alcanzado por el residente en el área cognoscitiva, en la psicomotora y en la afectiva. Se hacen en tiempos y en formas variables espaciadas cada año, al final de cada rotación, de cada semestre, de cada año o una vez concluida la residencia. Realizadas por las distintas autoridades involucradas, tanto del hospital, por la jefatura de enseñanza local, central, por la universidad avaladora del programa o por autoridades gubernamentales y civiles, igualmente interesadas en certificar y recertificar la capacidad del profesionista, para emitir una licencia segura que garantice seguridad y buenos resultados a la sociedad entera en la práctica individual de cada cirujano. Las evaluaciones son necesarias no solo durante la residencia, sino a lo largo de toda la vida útil del cirujano.

Durante la residencia, es deseable que las evaluaciones sean cuantitativas a la vez que cualitativas, objetivas y también subjetivas, numéricas y no numéricas y que sean validables. Hay múltiples métodos de hacerlas, todo depende del impacto final deseado.

En la residencia la evaluación de cada cirujano en formación debe ser emitida no solo por los profesores sino también por todos los cirujanos y por los diversos especialistas, enfermeras, autoridades, compañeros residentes y por los pacientes del hospital, tratando de hacer una valoración denominada de 360º, que tiene por objeto juzgar el valor total y real del evaluado, que indique con resultados objetivos lo que en épocas anteriores se calificaba simplemente por la simple observación subjetiva que los profesores hacían durante cuatro años de juzgar continuamente la conducta observada en la estrecha relación entre el residente y los diversos profesores para finalmente calificarlo simplemente como competente o incompetente o como bueno, regular o malo.

Por parte del profesor de cirugía, es deseable referirse a las cualidades necesarias e indispensables para aceptar y ejercer ese puesto, que expuestas en un listado breve y conciso deben ser el demostrar continuamente coraje, confianza, creatividad, eficiencia, buena comunicación, ser cuidadoso, carismático y tener un carácter apropiado y correcto para vencer las constantes adversidades y el frecuente estrés dentro y fuera del quirófano. Para aceptar el desafío de ser maestro, también se necesita una actitud positiva y constante, alegría y goce de la tarea para vaciar su mente ante quien sea, a la hora que sea y donde sea. Tener la firme convicción del "sí se puede", empleando la paciencia y el respeto a los tiempos variables para aprender de cada residente en particular[10]. Es pertinente asentar que para enseñar es necesario saber y para educar es necesario ser, el profesor de cirugía debe poseer ambas cualidades.

En nuestro medio, como se mencionó, hay dos tipos de instituciones hospitalarias donde realizar la residencia de cirugía general, las públicas dependientes de las diversas organizaciones del estado mexicano y en los hospitales denominados como privados. Este capítulo tiene como objetivo, además de ya haber mencionado lo anterior que debe ser común a cualquier tipo de residencia quirúrgica, el comentar las diferencias y particularidades en cada tipo de residencia. El número de residentes es considerablemente más pequeño en el hospital privado, por ejemplo en el IMSS, en una sede importante, hay alrededor de 80 residentes en los cuatro años; mientras que en uno privado hay solo 8. Los residentes aceptados para las instituciones públicas son seleccionados por criterios burocráticos ajenos al profesor, los de los hospitales privados sí son previamente entrevistados por el profesor, y en caso de haber varios aspirantes, se selecciona a los mejores. El residente ingresa después de ser entrevistado por los profesores y autoridades del hospital. Los hospitales privados por lo regular cuentan con menos camas, con menos quirófanos y con menos exposición a enfermedades raras y a enfermos más complicados y por ello a un menor volumen de trabajo. En un hospital sede del IMSS que cuenta con 465 camas censables se hacen 6 mil cirugías al año. En uno privado con 126 camas, se hacen alrededor de 4 mil 300 operaciones anualmente. La residencia del hospital privado es más tranquila, pero si hay interés, se aprovecha todo lo que se opera cotidianamente en el hospital, que es más que suficiente para aprender de cualquier subespecialidad. En el privado se está más cerca de todos los departamentos hospitalarios para conocer mejor lo referente a los múltiples estudios tecnológicos actuales y a tener mejor relación con cualquier especialista o subespecialista del hospital, el internista, el radiólogo, el patólogo, el intensivista, etcétera; también en lo privado, con menor carga de trabajo, se permite usar más tiempo para cumplir la parte académica,

que bien llevada, se cumple en cerca del 100% de lo programado. Con menos residentes, la relación entre profesores y alumnos es más estrecha, por tener mayor tiempo para establecer una cercana relación personal. El hospital privado ofrece al residente la oportunidad de adquirir más conocimientos para conseguir su futura incorporación a los diversos sistemas de salud existentes, no solo a los empleos gubernamentales; se conocen mejor los procedimientos burocráticos, administrativos, fiscales y económicos de su profesión, lo que es muy importante y poco enseñado, igualmente se da la oportunidad de establecer diversas relaciones que lo ayudarán en su futuro. Pero el gubernamental tiene las enormes ventajas de adquirir más fácilmente una subespecialidad quirúrgica; de ser contratado como cirujano de base inmediatamente después de terminada su residencia para no solo recibir un salario, sino para ahora operar solo, y salvar más rápidamente la brecha entre la residencia supervisada y la práctica quirúrgica totalmente autónoma. A la larga, el residente formado en la institución pública, alcanza más experiencia quirúrgica, se le da más fácilmente la oportunidad de ejercer su profesión a más altos niveles, de publicar trabajos, de enseñar y de estar constantemente aprendiendo porque cuenta con mayor volumen clínico; y si se tiene interés, se facilitan las oportunidades de alcanzar altos niveles administrativos en instituciones de salud o en las asociaciones médicas nacionales e internacionales; todo esto implicará mayor inversión de tiempo y esfuerzo que la sola práctica privada exige, la que por lo regular obliga a otro tipo de vida, tal vez mejor retribuida en el aspecto económico y más tranquila.

Desde el punto de vista del profesor de cirugía, lo positivo del hospital privado es que logra una mejor retroalimentación de lo que hace a diario, más rápido y más directamente corrige cualquier desviación. Por otro lado, enseñando en cualquier tipo de hospital, también el maestro se retroalimenta y aprende, lo que es valioso, reconfortante y muy estimulante, aunque sea con la mínima retribución económica que cualquier tipo de hospital o de universidad retribuyen al maesto.

Otras ventajas de lo privado es que no hay gente imponiendo condiciones extrañas a la enseñanza, como lo son los sindicatos y su burocracia, que hacen imposible lo posible. La educación no es masiva sino mucho más personalizada. Las trabas burocráticas son pocas. La atención médica total es más rápida y más humana y más eficiente. No se persiguen políticas de cantidad sino de mejor calidad. La relación médico paciente es más cálida y más segura. La falta de materiales quirúrgicos y de medicamentos es menor. La atención quirúrgica es más rápida, sin importar el día o la hora en que se tenga que operar, los estudios preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios se realizan rápido y son de buena calidad. Todo ello favorece la completa integración de cada fase quirúrgica que se tiene que aprender y analizar *a posteriori* para establecer la retroalimentación creadora de un correcto juicio quirúrgico.

Las desventajas de la residencia de cirugía general en un hospital privado se derivan en parte de sus sistemas de organización, de visión y de misión que no siempre están orientadas a la mejora continua de la enseñanza de los residentes. Falta personal médico y paramédico bien capacitado de tiempo completo, bien remunerado y con buenas prestaciones para integrar equipos o clínicas de especialistas que den atención a ciertas patologías en específico. La meta número uno de los dirigentes privados es la parte económica no la educativa, invierten poco en educación y en investigación y se favorece el mercantilismo. Los profesores enseñan más

por cariño a su profesión, tratando de compartir su larga experiencia con la juventud, más no por recibir un salario determinado. La existencia de la enseñanza de especialistas en un hospital privado, le da a éste, ante la comunidad, respeto y prestigio y al profesionista, los medios para trabajar dentro de sistemas seguros con constante comunicación y ayuda, que repercuten en la tranquilidad del médico tratante y finalmente en una mejor atención médica al enfermo[10].

En conclusión: La residencias en cirugía general, reconocidas formalmente por las autoridades universitarias y gubernamentales de nuestro país, se estructuraron e iniciaron formalmente a finales de los años 60's del siglo pasado, en la actualidad, se han vuelto indispensables para la formación del personal de la salud, dado el gran número de aspirantes a realizar una especialidad médica. Las residencias hechas en un hospital privado se distinguen por tener una carga de trabajo menor que las gubernamentales, el flujo de pacientes también es distinto, el ingreso del enfermo a un hospital es por la preferencia y recomendación del cirujano al enfermo y no por imponerlo un determinado sistema de salud del cual el paciente es derechohabiente. En los privados hay mayor tiempo para el desarrollo de buenas actividades académicas. El paciente es estudiado y tratado con mayor eficiencia y celeridad. Permiten una mejor relación médico-paciente. El residente tiene la oportunidad de observar más diversidad de técnicas quirúrgicas, porque tiene exposición a más cirujanos. Además se da cuenta del funcionamiento y administración de los múltiples tipos de sistemas de salud de nuestro medio y de los aspectos que rigen su economía y manejo, que orientan muchísimo y son indispensables para decidir su futuro desempeño profesional.

Referencias

1. Lihio-Necochea A y Hurtado Cole A. *Condiciones actuales de la residencia de cirugía general en México*. Cir Gral. 1995; 18:212-18.
2. Cervantes-Castro J. *Implicaciones legales del título profesional de médico-cirujano*. Tesis de postgrado en derecho. México D. F. 2016. (Comunicación personal).
3. López-Barcena J. *Criterios de selección para aspirantes a una plaza de especialidad y comportamiento en el área de cirugía general*. Cir Gral. 1996;18:23-5.
4. Hoffman R l, Harris J B y Kely R R. *Surgical Resdency Training at a University Based Academic Medical Center*. SCNA. 2016; 96:59-70.
5. Jones J y Sidwell R A. *Residency, Surgical Training at an Independent Academic Medical Center*. SCNA. 96:147-153.
6. Kaiser L R y Mullen J L. *Surgical Education in the New Millenium: The University Perspective*. SCNA. 2004; 84:1425-39
7. Lifshitz-Guinzber A. *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*. México D.F- (Ed). UNAM-IMSS9. México. 1997.
8. Valentine R J y Rege R V. *Integrating Competency Into the Surgical Curriculum: Doing More With Less*. SCNA. 204:1647-1667.
9. Charity H E. y Schenarts K D. *Evolving Educational Techniques in Surgical Training*. SCNA. 2016; 86: 71-88.
10. Morris B. *Graduate Surgical Education: A New Begining.* SCNA. 84; XV-XVI.

CAPÍTULO
05

EL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y EL CIRUJANO GENERAL

Dra. María Rita Rodríguez Luna
Dr. Jorge Tueme Izaguirre

"Si he visto más lejos, es por pararme sobre los hombros de gigantes"
–Isaac Newton, 1676–

Hay que reconocer que lo más importante, de hecho lo único más importante que tenemos para ofrecer a nuestros estudiantes es a nosotros mismos. Todo lo demás se puede leer en un libro (o actualmente bajarlo de la internet)
–Daniel Tosteson, M.D. Decano, Harvard Medical School, 1979–

"Siempre transmite lo que has aprendido
Yoda (dirigiéndose a Luke en su lecho de muerte)"
–Episodio VI: El retorno del Jedi–

El trabajo de escribir el presente capítulo se facilita al reconocerlo que todos los cirujanos experimentamos en algún momento de nuestro ejercicio quirúrgico. Vivir la relación en cuestión, y algunos la viven durante toda su vida profesional. De inicio el lector podría considerar infructuoso y absurdo el leer acerca de una relación que conoció (y en ocasiones padeció) en carne propia durante sus años de formación quirúrgica, y en la actualidad como cirujano activo en algún servicio hospitalario de Cirugía General. Sin embargo, este capítulo nos permite reflexionar acerca de nuestro papel en la historia como guardianes y generadores del conocimiento quirúrgico, como maestros de las generaciones futuras y el encontrar la manera de perdurar en el tiempo más allá de nuestra propia muerte.

La relación entre el residente de cirugía y el cirujano, es una interacción bidireccional, asimétrica y voluntaria. A través de esta relación, cada uno recibe y obtiene distintos beneficios, gracias a que comparten la misma pasión por la cirugía y el mismo interés en brindar el mejor tratamiento quirúrgico a sus pacientes. La diferencia radica en la condición intrínseca de Estudiante y Maestro que residentes y cirujanos portan. Para que esta relación pueda llevarse

de manera virtuosa, es importante que las dos partes se entiendan y respeten el punto de vista de su contraparte. De no ser así, la relación puede llevar a resultados desastrosos. Muchas veces, ninguno de los dos cae en la cuenta de lo trascendental de este resultado.

Como todos sabemos, en la actualidad la única manera de poder convertirse en Cirujano es haber acreditado de manera satisfactoria los requisitos impuestos por la ley para que el estado pueda reconocerlo como un profesional de la salud, dedicado a prevenir, diagnosticar y dar tratamiento de las afecciones que requieran manejo quirúrgico. En México y en muchos países, se contempla haber completado un curso universitario de Cirugía General, llamada también Residencia Quirúrgica. El paso final para convertirse de Residente a Cirujano, será el acreditar la evaluación de un grupo de cirujanos que conforman el Consejo de Cirugía para poderle dar la bienvenida como un nuevo integrante de la comunidad quirúrgica y como un igual al resto de los cirujanos. Si hablamos de las distintas especialidades y subespecialidades quirúrgicas, el proceso será similar.

Cada uno de los cirujanos existentes, tendrá sus propias memorias del proceso que lo llevó a convertirse en el profesional que es hoy en día. Por desgracia, muchas veces actúa como si se le hubiera olvidado que alguna vez lo fue a pesar de que sus experiencias como residente lo marcaran de por vida.

El papel del Cirujano en la formación del Residente

Hoy en día, los recursos didácticos existentes dirigidos a la formación de las nuevas generaciones de cirujanos, crecen de manera exponencial en la era digital, por medio de nuevas tecnologías multimedia. En tan solo una generación, las bibliotecas donde se contenían volúmenes impresos fueron intercambiadas por salas de consulta de medios electrónicos y la posibilidad de acceder a grandes bancos de información desde el punto donde se da la atención clínica, o desde la comodidad del hogar[1]. El residente utiliza múltiples plataformas para la adquisición de información, tales como videos, podcasts y redes sociales. Quienes son residentes de cirugía, al momento de esta publicación, nacieron en una generación conocida como milenaria o generación *Y* (1982-2004). Los digitales nativos asumen la tecnología y tienen un tipo de aprendizaje asimilativo, pueden realizar varias actividades de forma rápida[2]. Esto debe de ser tomado en consideración en los métodos de enseñanza-aprendizaje que se imparten en la actualidad. No podemos esperar que los residentes sean competentes si no se estudian los sistemas de enseñanza impartidos[3]. Así mismo, se puede tener acceso a árboles de toma de decisión diseñados con evidencia científica, para facilitar a los residentes el escoger la mejor opción diagnóstica y terapéutica posible.

Hablando de las habilidades psicomotoras necesarias para poder realizar procedimientos quirúrgicos, actualmente existen un gran número de simuladores que permiten al residente de cirugía practicar destrezas necesarias para poder llevar a cabo algún procedimiento en la sala de operaciones. Hemos tenido un cambio radical en el cual las destrezas básicas se aprenden en el laboratorio y el quirófano es reservado para el desempeño del aprendizaje de destrezas ya aprendidas previamente en simuladores[4].

Desde ese punto de vista, nunca ha sido tan fácil el poder estudiar la carrera de medicina, o la especialidad de Cirugía General. Sin embargo, para poder convertirse en un cirujano completo, exitoso desde un punto de vista profesional y personal, no solo se necesita de los conocimientos teóricos contenidos en los

libros de texto y que pueden ser estudiados desde la comodidad del hogar. Este hecho es evidente para los cirujanos experimentados, pero es desconocido, y muchas veces ignorado, por el residente de cirugía. Para aprender el quehacer médico-quirúrgico se requiere de la experiencia obtenida a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento adecuados de un gran número de pacientes. El haber atestiguado el resultado de las decisiones tomadas a lo largo de su cuidado. El haber realizado maniobras quirúrgicas dentro y fuera de la sala de operaciones. El haber vivido la interacción psicosocial con el paciente, sus familiares y con otros profesionales de la salud. Todo lo anterior siempre bajo la guía y supervisión de sus mentores.

Tipos de Relación entre Residente y Cirujano

Esta relación puede seguir 4 cursos principales:

El primero sería estrictamente laboral en la que los residentes asumen el papel de asistentes de cirujano por el simple hecho de estar asignados durante su curso de posgrado al mismo servicio donde el Cirujano se desenvuelve profesionalmente. Como es evidente, la interacción académica y personal es muy limitada y muchas veces negativa. Es sin duda el tipo de relación que debemos evitar. Es equiparable a la relación entre empleado y jefe en la cual uno se dedica únicamente a seguir órdenes.

El segundo es la relación con un Cirujano Modelo donde, independiente de la relación académica establecida, el residente está interesado en aprender las habilidades profesionales empleadas por un cirujano que admira. En este caso el papel del cirujano en el desarrollo de habilidades y construcción del conocimiento es pasivo y se ve afectado tanto por fuerzas subjetivas, como por la pobre capacidad de análisis del residente, derivado de su poca experiencia y bagaje teórico. En esta relación el Residente recibe mayor beneficio académico que en la relación previamente descrita, aunque sigue siendo limitada y defectuosa. En este tipo de relación se limita el aprendizaje del residente a la mera observación e imitación de la práctica clínica y quirúrgica de su *Modelo* a seguir.

La tercera relación es aquella derivada de los títulos de *Alumno* y *Profesor*, mismos que son otorgados automáticamente por la institución educativa que avala el curso de posgrado. Es esta naturaleza impositiva, la que muchas veces limita la calidad de la enseñanza del residente, al caer en modelos pedagógicos anticuados. En ocasiones, el interés del Cirujano por ser el Profesor Titular recae en razones personales y egoístas, tales como mejorar su salario o su currículo. En este tipo de relación el Profesor debe de desprenderse del ego quirúrgico e interesarse más por el aprendizaje del residente, es de suma importancia la actualización periódica por ambas partes para motivar el aprendizaje mutuo, creando así una relación de confianza y de interés que fortalezcan a ambas partes.

La última y la más compleja es la de relación Aprendiz-Mentor, siendo la relación más productiva, no solamente para ambas partes, sino para la sociedad, las instituciones y para nuestra cultura quirúrgica. Es la relación ideal que ambas partes deben de adoptar. Esta relación se analiza en esta última parte del capítulo.

Antecedentes Históricos

La relación maestro-alumno en la medicina, data de siglos atrás. De las primeras pruebas escritas, tenemos los preceptos plasmados en el juramento Hipocrático:

"Juro venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos y a los hijos de mis maestros, y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento, según costumbre, pero a nadie más."[5].

Por medio de este ejemplo deontológico, queda claro que la relación entre el estudiante de medicina y el maestro va más allá que cualquier otra relación pedagógica. Desde siglos atrás el juramento Hipocrático describe a dos personas independientes, quienes son reunidos por el interés de enseñar y aprender el oficio médico. Dicta los deberes del alumno hacia el maestro en una relación prácticamente filial[6]. Esto seguramente debido a que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la profesión médica requiere de muchos años, probablemente de décadas en las que deben estar juntos, así como del gran beneficio que significa el adquirir un conocimiento tan valioso. A esto se le agrega la necesidad de asegurar la trasmisión y la sobrevivencia de saber médico de manera longitudinal[7].

Inicialmente en el siglo XIX la enseñanza de la cirugía se dio por observación directa, imitando las acciones de un mentor y operando juntos, de esta práctica se deriva el famoso precepto *See one, do one, teach one*[8]. En la actualidad el modelo de residencias médicas en la que todos los cirujanos nos hemos formado tiene su origen en Estados Unidos, con William Stewart Halsted[9]. Halsted fue el primer jefe del Departamento de Cirugía en el Hospital Johns Hopkins cuando se inauguró en mayo de 1889. Fue nombrado cirujano en jefe en 1890 y se convirtió en el Profesor de Cirugía en 1892 con la apertura de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. A Halsted se le acredita la creación del primer programa de formación de residencia quirúrgica formal en los Estados Unidos. Este programa estaba basado en una tríada que incluía el conocimiento de las ciencias básicas, investigación continua y responsabilidad del residente hacia el paciente. El programa de residencia quirúrgica de Halsted consistió en un puesto de Interno (la duración era indefinida, avanzando una vez que Halsted creía que estaban listos para el siguiente nivel de entrenamiento). El Internado era seguido por seis años como Residente Asistente y dos años como Cirujano de Casa. Los años a lo largo del programa, preveían una vida dentro del hospital, donde prácticamente se carecía de vida familiar y conyugal. Se tenía establecido un solo fin de semana de descanso al mes. El primer residente de Halsted fue Frederick J. Brockway, que comenzó en mayo de 1889, pero se retiró del programa en octubre de 1890. Halsted formó a muchos de los cirujanos académicos de la época incluyendo Harvey Cushing y Hugh Hampton Young, fundadores de la neurocirugía y urología, respectivamente[10].

La relación Residente-Cirujano en forma de Aprendiz-Mentor.

La palabra "Mentor" proviene del vocablo griego Μέντωρ, *Perdurar*. Así mismo 'Méntor' es el personaje de la Odisea de Homero, consejero de Telémaco[11]. En su forma más pura, un mentor es un miembro de alto rango de un campo que guía a un aprendiz en asuntos personales, profesionales y educativos. Residentes de cirugía en particular (ya sean residentes, estudiantes de medicina o la facultad menor) necesitan mentores de alta calidad para aprender y formarse como cirujanos.

Esto es debido a que el entorno quirúrgico es único, definido por varias características distintivas que lo diferencian de otros entornos profesionales, incluso dentro del sistema de salud en sí. Las expectativas y personalidades del grupo quirúrgico y médicos tratantes, combinado con las tensiones asociadas a la sala de operaciones, a menudo presentan un ambiente de aprendizaje difícil para los cirujanos en formación de todas las disciplinas[12]. Como resultado, los mentores han sido una parte integral de la formación quirúrgica desde que William Halsted, influenciado por la enseñanza por medio del método socrático, los incorporó en su diseño para la educación quirúrgica[13].

La mayoría de los residentes en México no logran tener una figura formal como mentor ya que para que esta relación se establezca debe existir compromiso auténtico de ambas partes. Por lo general el residente de Cirugía en México opta por escoger y apegarse a un cirujano de su elección del cual buscará la aceptación y la confianza a través del trabajo diario.

La relación aprendiz-mentor tiene características muy especiales que son necesarias para su éxito y perduración a través de los años. El mentor puede no ser el mismo durante el desarrollo profesional del individuo. Evaluar de forma constante la necesidad de un nuevo mentor para el residente, debe ser visto como un éxito de la relación establecida.

Experiencia e Intuición

El conocimiento adquirido por la experiencia, cuyo resultado conductual y cognitivo es traducido en la vida diaria en la forma de intuición, actualmente es reconocido como un regalo valioso que debemos atesorar y perfeccionar. Permite al clínico la correcta toma de decisiones ante casos clínicos y situaciones complejas. Es durante la relación con el Cirujano, que el Residente puede encontrar una guía para poder entender el proceso de análisis adecuado que le permita definir el mejor camino de acción[14].

El residente requiere de experiencia, estas experiencias le permitirán construir un repertorio de patrones. Al presentarse una situación nueva se parea en su repertorio, se reconoce el patrón y se gana la corazonada, obteniendo así la intuición. Cuando el Residente puede entender la manera por la cual su Mentor tomó alguna decisión específica, le facilita su asimilación. El residente debe desarrollarse con modelos de enseñanza basados en un nivel consciente como subconscientes fomentando así el aprendizaje de toma de decisiones basado en la intuición[15].

Beneficios de la Mentoría en Cirugía

Existen estudios que han mostrado el impacto positivo que puede tener el proceso de Mentoría en los Cirujanos. Crea oportunidades para actualizar y fortalecer sus conocimientos teóricos, así como en mejorar sus capacidades de comunicación, de liderazgo y pedagógicas. El ser mentor de residentes quirúrgicos brinda grandes satisfacciones al ayudar al cirujano emergente para desenvolverse en todo su potencial. Promueve el reconocimiento profesional por su compromiso en preparar a las nuevas generaciones de colegas y mejora su interacción con otros iguales en otras instituciones académicas[16,17].

La evidencia científica ha demostrado que aquellos residentes que tienen mentor tienen mayor éxito en la vida profesional y personal. Aunque el mentor no siempre se toma de forma estructurada, el mentor no debe de tomarse a la ligera ya que es la piedra angular de todo cirujano con una formación integral[18].

Después de todos los beneficios antes citados, es importante recalcar el papel de la

mentoría quirúrgica en un plano superior, arriba de cualquier interés personal de Residentes y Cirujanos. Actualmente, las organizaciones y corporaciones se esfuerzan constantemente para buscar métodos eficaces y costeables para mejorar el rendimiento en el trabajo de sus empleados. La mentoría es una potente y asequible estrategia de poder que contribuye enormemente al rendimiento de empleados y el desarrollo personal. No sólo complementa la formación, sino también proporciona una mejor comprensión de las partes cualitativas y subjetivas de nuestro trabajo como el manejo de la frustración, decepción y la aportación de críticas constructivas[19].

La mentoría en múltiples campos de nuestra sociedad ayuda a las personas a convertirse en los grandes líderes del mañana. Las organizaciones en Estados Unidos financian programas de asesoramiento de mentorías como una manera de asegurar y reclutar talento. En Medicina y en el ámbito quirúrgico tiene los mismos resultados. Cada vez es mayor el número de estudios científicos que miden y comprueban sus beneficios[20]. Debido a esto los sistemas de mentorías se utilizan como parte de los procesos de formación del personal de las universidades y hospitales en los Estados Unidos. También se adoptan en las actividades sociales y deportivas para ayudar a los nuevos participantes a familiarizarse con la organización, su cultura, y desarrollar nuevas habilidades[21]. Así mismo los Residentes y Mentores deben una responsabilidad a la institución que los alberga y los hace crecer.

La relación Residente-Cirujano en la forma de Aprendiz-Mentor, crea una situación de "ganar-ganar" en el que la transferencia temprana y continua de los conocimientos quirúrgicos beneficia al cirujano, al cirujano en formación, al paciente y a la Cirugía General.

Los buenos Mentores son asertivos, con cualidades de humildad, compromiso, paciencia. Ayudan a los Residentes a alcanzar su objetivo de forma eficiente, manteniendo siempre el respeto y la confidencialidad de la información propia de su aprendiz. La mentoría juega un papel importante en el desarrollo personal y profesional de los líderes académicos en medicina. Las revisiones sistemáticas de estudios de tutoría han demostrado que la tutoría no sólo influye en la elección de carrera y desarrollo académico, sino que también mejora la productividad de la investigación. La tutoría ayuda a producir grandes líderes en una organización y en la sociedad[22].

Conclusiones

Actualmente, cada Cirujano fue Residente alguna vez. Debió caminar por el mismo camino por el que pasó su maestro, y por el que pasarán sus alumnos. Las características de este viaje y las experiencias durante él, son vividas de distinta manera por cada residente. Al final tendrá memorias propias del proceso que lo llevó a convertirse en el profesional que es hoy en día, seguramente distintas de las de sus compañeros, maestros y futuros alumnos. Por desgracia, muchas veces actúa como si olvidara que alguna vez fue Residente, a pesar de que las experiencias a lo largo de su residencia lo marcaron de por vida.

Si buscamos la excelencia en cirugía, debemos fomentar la relación con el Residente en la forma de Aprendiz-Mentor

Residentes: Seamos conscientes del regalo tan valioso que nuestros maestros comparten con nosotros. Honremos a nuestra profesión cuidando a nuestros pacientes con la guía que de nuestros mentores, sin olvidar que muy pronto seremos quiénes formaremos a nuestros propios sucesores.

Cirujanos: Seamos los mentores de nuestros residentes. En ellos perduraremos. Ellos llevarán nuestros principios, valores, experiencias y enseñanzas mucho más lejos de lo que nosotros pudimos hacerlo.

El conocimiento quirúrgico y nuestras instituciones han perdurado gracias a la relación Cirujano-Residente desde tiempos inmemorables. De nosotros, Cirujanos y Residentes, depende su continuidad.

Referencias

1. Wysocki WM, Moesta KT, Schlag PM. *Surgery, Surgical Education and Surgical Diagnostic Procedures in the Digital Era*. Med Sci Monit. 2003 Mar;9(3):RA69–75.
2. McLeod RS. *SSAT Presidential Address 2014: Here Comes Generation Y! Gastrointest Surg*. 2014;19(1):1–5.
3. Venuta F. *ESTS Presidential Address Education Motivation... Inspiration of Generation Y. The Evolution of Our Species.* Eur J Cardio-Thoracic Surg. 2014;46(5):761–6.
4. Li MM, George J. *A Systematic Review of Low-Cost Laparoscopic Simulators*. Surg Endosc. Springer US; 2016;
5. Barns JW. *The Hippocratic Oath An Early Text*. Br Med J. 1964 Oct 23;2(5468):567.
6. Jotterand F. *The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality?* J Med Philos. 2005;30(1):107–28.
7. Antoniou SA, Antoniou GA, Granderath FA, Mavroforou A, Giannoukas AD, Antoniou AI. *Reflections of the Hippocratic Oath in Modern Medicine.* World J Surg. 2010;34(12):3075–9.
8. Sachs TE, Pawlik TM. *See One, Do One, and Teach None: Resident Experience as a Teaching Assistant. J Surg Res*. Elsevier Inc; 2015;195(1):44–51.
9. Cameron JL. William Stewart Halsted. *Our Surgical Heritage*. Ann Surg. 1997;225(5):445–58.
10. Osborne MP. *William Stewart Halsted: His Life and Contributions to Surgery Lancet Oncol*. 2007;8(3):256–65.
11. Isenhart M. *Mentoring For a Change: From Homer to Health Care*. Med Group Manage J. 2004;43(5):78, 80–90.
12. Rombeau J, Goldberg A, Loveland-Jones C. *How and Where Should Surgical Mentoring Be Performed? In: Surgical Mentoring*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 45–72.
13. Rohrich RJ, Johns DF. *The Socratic Method in Plastic Surgery Education: a Lost art Revisited*. Plast Reconstr Surg. 2000 Apr;105(5):1803–5.
14. Pearson H. *Science and Intuition: Do Both Have a Place in Clinical Decision Making?* Br J Nurs. 2013;22(4):212–5.
15. Crebbin W, Beasley SW, Watters DAK. *Clinical Decision Making: How Surgeons do it*. ANZ J Surg. 2013;
16. Lafleur A, White B. *Appreciating Mentorship: The Benefits of Being a Mentor*. Prof Case Manag. 2010;15(6):305–11.
17. Halpin SN, Dillard RL, Idler E, Clevenger C, Rothschild E, Blanton S, Wilson J, Flacker JM. *The Benefits of Being a Senior Mentor: Cultivating Resilience Through the Mentorship of Health Professions Students.* Gerontol Geriatr Educ. 2015;1960(November):150807093017001.

18. Rombeau J, Goldberg A, Loveland-Jones C. *Why Surgical Mentoring is Important and Evidence That it Makes a Difference. In: Surgical Mentoring*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 15–28.
19. Teman NR, Minter RM. *Success in Academic Surgery: Developing a Career in Surgical Education*. 2013;75–80.
20. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. *Mentoring Programs for Medical Students a Review of the PubMed Literature 2000-2008*. BMC Med Educ. 2010;10:32.
21. Clark J. *Management and Leadership – A Guide for Clinical Professionals*. S Patole. 2015;19–29.
22. Entezami P, Franzblau LE, Chung KC. *Mentorship in Surgical Training: A Systematic Review*. Hand. 2012;7(1):30–6.

CAPÍTULO
06

EL CIRUJANO GENERAL Y EL SUBESPECIALISTA

Dr. Luis Sigler Morales
Dr. José Fenig Rodríguez.

Este capítulo será abordado primero por el Dr. J. Fenig, para referirse a lo que son y a lo que representan las subespecialidades quirúrgicas en la actualidad, mencionando la necesidad de su origen, para luego comentar el impacto y la gran necesidad actual de acuerdo a lo que los enormes avances de la ciencia y de la tecnología han impuesto en el ejercicio de la cirugía mundial. En segundo término, el Dr. L. Sigler relata cómo surgió en nuestro país una de las bien definidas subespecialidades, la de angiología y cirugía vascular, haciendo comentarios históricos en relación a cómo adquirió un lugar propio e independiente y cómo se desprendió del grueso y viejo tronco de la cirugía general, pero sin olvidar aspectos donde se sobreponen la dos especialidades.

La cirugía general es la disciplina madre de todas las especialidades[1] y de todas las subespecialidades quirúrgicas que a través del abrumador desarrollo científico y tecnológico han ido y siguen surgiendo. La cirugía general tal vez sea una especie en vías, no de extinción, sino de una rápida e inaudita expansión y diversificación que requiere de cirujanos entrenados en ramas específicas y limitadas para poder dominar los nuevos conocimientos y las nuevas destrezas requeridas por una joven rama o ramita o simplemente una nueva hoja dependiente del tronco original. De la cirugía general se derivaron las clásicas subespecialidades, la neurocirugía, la cirugía de tórax, la urología, la ortopedia y la cirugía pediátrica[2]. Pero poco a poco fueron naciendo las sub, sub, sub especialidades, como la cirugía de cabeza y cuello, la cirugía oncológica, la cirugía vascular, la cirugía endócrina, la cirugía colorrectal, la cirugía maxilofacial, la cirugía de trasplantes, la cirugía robtica y otras más. Además empezaron a aparecer ramas de las ramas, como la cirugía de tiroides, la cirugía de mama, la cirugía de hígado y vías biliares, la cirugía pancreática, etc., etc. La tecnología cambió por completo a la cirugía original con el desarrollo de nuevas y mejores maneras de operar, por ejemplo la cirugía de mínima invasión con las respectivas ramificaciones de la cirugía laparoscópica, toracoscópica, otorrinolaringolócina, maxilofacial, ortopédica, oftalmológica y otras más. Incluso existen súper especialistas dedicados a operar solo a un pequeño segmento del cuerpo humano o una sola enfermedad, como el cirujano de mano, de rodilla, de hernias, de mama o de hemorroides y así otras muchas denominaciones de actividades específicas que requieren el conocimiento y el dominio de una

técnica en particular o del funcionamiento de un solo aparato en específico. Hay ahora tantas sub, sub, subespecialidades que incluso son desconocidas por varios médicos o por el mismo paciente.

El florecimiento de tantas nuevas ramas médicas no es exclusivo de las especialidades quirúrgicas, se ha dado y se sigue dando continuamente con cualquier especialidad de las que antes se denominaban troncales o clásicas. La tendencia es dominar solo muy específicos y limitados conocimientos y habilidades. No más.

La increíble fragmentación de la medicina también ha ocasionado grandes cambios en la forma de brindar la atención médica, en sus costos, en la ética médica, en la compleja administración requerida y en las exigencias y expectativas de los pacientes, de la comunidad y de toda la sociedad. Ya no se aceptan los malos resultados o los errores médicos. Las reclamaciones son cotidianas.

A pesar de todo, la cirugía general ha sobrevivido porque su campo de acción aún es necesario en determinadas circunstancias y en determinadas regiones y poblaciones donde la práctica diaria exige un alto grado de versatilidad y capacitación diversificada para atender los problemas frecuentes de una población específica. Pero, no es posible concebir a un súper especialista sin saber las bases de los diferentes y variados procesos de la patología quirúrgica, de sus causas, de su diagnóstico, de su tratamiento y de sus complicaciones y de su pronóstico. Se ha comentado, parece trillado, pero es cierto el dicho que la cirugía general: "como un todo, es mayor que la suma de sus partes". Por lo tanto, dada la extensión de su campo, este debe ser cubierto tanto en la facultad de medicina como en la residencia de cirugía general, teniendo en cuenta que con gran frecuencia se van necesitando cambios en los planes de estudio y en las diversas nuevas rotaciones de los estudiantes y de los residentes, para estar al día en los conocimientos teóricos así como en el desarrollo constante de nuevas destrezas, conductas y de nuevas actitudes tanto éticas como morales[4].

También hay cambios en la educación quirúrgica de postgrado. Porque el médico joven que termina la residencia de cirugía general, ahora sabe que la tendencia del ejercicio es convertirse en algún tipo de sub o de súper especialista para ser competitivo en el mercado de la cirugía actual, que requiere y solicita expertos en un particular campo quirúrgico. A ello se suman la gran mercadotecnia de grandes empresas tecnológicas para dar a conocer y educar al público las ventajas que originan el uso de sus productos, sin importar su costo ni sus posibles complicaciones.

Paralelamente, la enseñanza de la cirugía se ha modificado. Algunas autoridades proponen menos años de cirugía general y más años de subespecialidad. Otros, lo contrario, residencia de cirugía general completa de cuatro o cinco años más de dos a cinco años de residencia en la subespecialidad[5].

Al revisar la literatura relacionada con la adquisición de subespecialidades quirúrgicas por parte de los residentes ya graduados en cirugía general, en Norteamérica, se menciona que actualmente el 80% buscan continuar su entrenamiento quirúrgico mediante una nueva residencia en alguna subespecialidad formal, para tener la ventaja de contar con el reconocimiento completo de todas las autoridades civiles y académicas. O al menos, participar en uno de los llamados *fellowships* que son más específicos para únicamente aprender determinados conocimientos o técnicas quirúrgicas limitadas; son de duración variable, de solo semanas o meses; pero sin que tengan mayor reconocimiento oficial por parte de los conse-

jos de especialidad. Estos últimos son dados en múltiples hospitales, de enseñanza y en otros sin relación académica formal, pero con la tecnología apropiada para ser mostrada y enseñada.

La utilidad de los llamados *fellowships* es que además cubren el periodo de transición necesaria para que el nuevo cirujano, recién egresado de la residencia, de manera autónoma y segura, empiece a operar ganando la confianza necesaria para realizar su práctica autónomamente, periodo de transición que es ayudado a superar por sus pares, mentores y otros cirujanos ya experimentados y así no sufrir el estrés total de la responsabilidad directa con el paciente pero también con la ventaja de ya no realizar guardias hospitalarias.

La ventaja de una mayor capacitación quirúrgica, o la reducción de ella en cierta área muy específica de la cirugía, también ayuda a obtener el reconocimiento de ser considerado como un experto en lo que se quiere ser y a obtener puestos laborales y académicos más fácilmente, además, el número de subespecialistas es mucho más reducido que el de especialistas con práctica quirúrgica más "general", más amplia aunque más estresante. Lo anterior influye para escoger con más cuidado el tipo de vida que cada cirujano quiere tener, concepto que es muy particular y que obedece a múltiples intereses muy específicos de cada quien, de su familia y de su circunstancia.

En Estados Unidos se estima que la cantidad de residentes que busca un *fellowship*, seguirá aumentando. En 2001 el 65% lo hizo, pero esa cantidad ha aumentado en el presente al 80%. Las asociaciones académicas creen que en el futuro próximo, el 90% de los residentes de cirugía general que han terminado lo harán buscando principalmente incrementar sus destrezas en la cirugía de mínima invasión[5,6].

La desventaja actual de los nombrados *fellowships*, es que muchos de ellos no están adecuadamente supervisados o acreditados por las autoridades correspondientes y no están estandarizados. Por ello hay cirujanos interesados en tratar de regular este tipo de enseñanza y aprendizaje, ya que la realidad de la práctica de la cirugía actual lo requiere. Nunca antes tanta tecnología había requerido tantas y tan frecuentes curvas de aprendizaje para todos los cirujanos por igual. Ahora, constantemente nos encontramos en una nueva curva. No hay límite.

En nuestro país, también el prolongar la residencia quirúrgica se ha vuelto una realidad, sobre todo en los residentes de cirugía general de los hospitales gubernamentales o de los clásicamente llamados de enseñanza que ofrecen residencias en subespecialidades correctamente reconocidas y aprobadas. La ventaja, además de adquirir más conocimientos, es que muchos residentes recién graduados buscan continuar laborando sin interrupción y continuar percibiendo un sueldo, al mismo tiempo acumulando antigüedad laboral para llegar a una jubilación temprana, si es que permanecen trabajando dentro de las facilidades del mismo sistema de salud que los ha formado. La gran ventaja de ser subespecialista es que el número de su cantidad es muy inferior al de los llamados cirujanos generales, por lo tanto la oportunidad de encontrar una plaza laboral es mucho más fácil. También, en cualquier lugar, el subespecialista es más rápidamente reconocido como experto en su campo y obtiene más satisfacción personal derivada del área escogida por sus propios gustos e intereses. La subespecialización es una realidad que está sucediendo en cualquier rama de la medicina y en cualquier país del mundo actual.

La Angiología

Pasemos ahora a lo que el Dr. Luis Sigler ha vivido y redactado en la relación de la cirugía general con la subespecialidad de cirugía vascular.

En la primera mitad del siglo pasado, en todo el mundo, solo existían cirujanos generales que estaban preparados para resolver problemas desde la cabeza a los pies. No es raro encontrar ejemplos de grandes cirujanos que lo mismo operaban una patología del cuello que abordaban problemas cardiopulmonares, problemas abdominales agudos o crónicos, tumorales, funcionales y atendían problemas en las extremidades. Intervenían pacientes en cualquier territorio, lo mismo con problemas congénitos, adquiridos, oncológicos, inflamatorios, parasitarios y cualquier cirugía de urgencia. Muchos cirujanos generales atendían problemas ginecoobstétricos, urológicos y relacionados con la cirugía de cualquier orden, el cráneo y demás. Existieron maestros mexicanos que también intervinieron el cráneo y además un gran número de lesiones en el territorio vascular[7].

La experiencia de cirujanos europeos dio paso a que a finales del siglo XVIII se hicieran algunas técnicas para reconstruir vasos sanguíneos. Alexis Carrel de Francia, presentó a principios del siglo XX el proceder para reparar una arteria lesionada. Posteriormente fueron ensayados múltiples elementos para sustituir los vasos sanguíneos que facilitaron la reconstrucción vascular por cirujanos generales que atendían trauma y procesos arteriales oclusivos. De especial interés fueron las experiencias obtenidas en la II Guerra Mundial y después en las de Korea y Vietnam, que establecieron las bases del tratamiento quirúrgico en heridas por trauma, apoyadas en el conocimiento que obtuvieron los cirujanos en las prácticas civiles. Resultó productiva la buena relación que existía entre los cirujanos cardiotorácicos y los cirujanos generales.

Se fueron identificando y ampliando los conocimientos y las técnicas quirúrgicas para solucionar los problemas arteriales, venosos, linfáticos que generaban condiciones frecuentes en el territorio vascular y el número de pacientes fue aumentando, motivando a que cirujanos generales se dedicaran casi de manera exclusiva a estas condiciones. Así nació la llamada "Angiología y la Cirugía Vascular", que tuvo sus primeros avances en Francia con Leriche y en Estados Unidos con Oschner. Simultáneamente la cirugía cardiaca también se desarrolló, por cirujanos generales. Los extraordinarios iniciadores de la subespecialidad tuvieron el gran mérito de crear una escuela con difusión mundial. Con el paralelo avance tecnológico de la anestesia, radiología, equipos quirúrgicos, prótesis sintéticas, potentes antibióticos y anticoagulantes, los resultados favorables fueron en aumento progresivo.

En Estados Unidos se fundó el Colegio Americano de Cirujanos en 1913, el Consejo Americano de Cirugía en 1937 y la *Society for Vascular Surgery* en 1947. A principios de los años 80's se inician programas para acreditar especialistas en cirugía vascular con el requisito de cinco años previos de cirugía general. Ahora existen programas de cinco años en cirugía general y dos años en cirugía vascular, pero también algunas variantes de cuatro y dos años y de tres y tres años en cada una de ellas.

En nuestro país sucedió algo parecido: algunos cirujanos generales empezaron a interesarse en cirugía vascular. Se destacaron cirujanos de varias ciudades del país. En el hospital general de la ciudad de México, el Dr. Flores Barroeta en 1950 realizó una anastomosis de la arteria femoral superficial usando un casquillo metálico que funcionó hasta veinte años después. La lista de cirujanos generales o cardiacos que se interesaron por la patología del aparato circulatorio fue creciendo. Castañeda

Uribe en el Hospital General primero y después en el hospital de La Raza; Alamilla en el hospital Juárez y en el hospital Español, Clemente Robles en el Hospital General y en el hospital de Nutrición; Quijano Méndez en la Cruz Roja y en el hospital Francés. Este último profesional en 1959, captando las ideas de lo que sucedía en el mundo, creó la Sociedad Mexicana de Angiología, reuniendo a solo 30 cirujanos generales y torácicos interesados en la subespecialidad.

De modo más formal y académico, el primer servicio de Cirugía Vascular, que entonces se llamaba de Vascular Periférico fue originado en el Hospital de La Raza del IMSS y en el entonces hospital Colonia de los FF CC N de M, como rama de la cirugía general, fue iniciado por los Doctores Castañeda Uribe, Díaz Ballesteros y Flores Izquierdo. Después de la inauguración del Centro Médico nacional del IMSS en 1962, y de la creación del primer servicio de Angiología, comenzaron a egresar los primeros subespecialistas; los Doctores Ramírez, Sánchez Fabela y Paparelli. Igualmente sucedió en los otros hospitales institucionales que también ya contaban con esta subespecialidad y educaban año con año a más jóvenes residentes, muchos de ellos egresados de la residencia de cirugía general.

Poco después se fueron reincorporando al país, destacados profesionales que acudieron a cursos de especialidad a Europa o a Estados Unidos. Entre ellos los Doctores Páramo y Alcocer que se formaron en Estrasburgo con el profesor Fontaine; Arévalo en Heindelberg con el profesor Volkmar; Maldonado, Vázquez y Arias con el profesor Martorell en Barcelona; Villavicencio con R. Warren en Boston; Cervantes en Washington con Hufnagel; De la Garza con Darling en Boston; Chávez López de Tijuana, con DeBakey en Houston; Sigler en Dallas con Thompson.

En el Hospital Militar de la Ciudad de México se hicieron las primeras publicaciones respecto a cirugía endovascular que se iniciaron en la década de los años 80, por los doctores Wilfrido Castañeda y Ávila Várguez. El Dr. Antonio Alcántara Peraza publicó la experiencia de ese hospital entre 1980 y 1995, de 130 pacientes con angioplastia transluminal; 31 con arteriotomías percutáneas; y 20 con prótesis endovascular tipo Palmás[11].

La Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular tiene actualmente más de 500 miembros. En la República Mexicana hay más de 600 especialistas certificados por el Consejo de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. La relación entre la cantidad de especialistas en cirugía general y en cirugía vascular es de aproximadamente de 14/1.

Los llamados hospitales de tercer nivel cuentan con Servicios de Angiología y Cirugía Vascular que continuamente forman nuevos subespecialistas, compartiendo ahora su experiencia con los radiólogos intervencionistas, otra nueva subespecialidad.

Las necesidades específicas de un cirujano general son las de atender las urgencias de casos con traumatismos diversos, sobre todo de extremidades, está capacitado para identificar los cuadros de isquemia intestinal aguda e integrar un equipo multidisciplinario que incluya radiólogos y cirujanos endovasculares por si es necesario realizar procedimientos híbridos. El cirujano general debe de reconocer y tratar enfermedades venosas, atender en particular las várices primarias de los miembros inferiores. Debe emplear juiciosamente la prevención, diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar. Conocer los eventos de la cicatrización de las úlceras venosas y atender problemas del pie diabético y estar capacitado para realizar

amputaciones menores o mayores en los miembros inferiores.

Por otro lado, las necesidades del cirujano vascular son las de conocer y efectuar procedimientos de cirugía general a nivel de cabeza y cuello, tronco, abdomen y extremidades donde existen troncos arteriales y venosos de importancia. Estar entrenado en los procedimientos generales de asepsia quirúrgica, cuidado de heridas, apoyo nutricional y el uso del control de daños. Atender problemas abdominales que se presenten durante una intervención vascular. Como por ejemplo adherencias o neoplasias que comprometen el tubo digestivo y modifican el plan quirúrgico de acuerdo a las necesidades de cada caso, como el caso de coexistir un tumor intrabdominal con un aneurisma de la aorta abdominal[11]. También debe conocer las técnicas y complicaciones de los procedimientos endovasculares, en especial cuando los realizan subespecialistas cardiólogos o radiólogos, quienes pueden solicitar sus servicios para trabajar en conjunto o en equipo, lo cual sucede actualmente con mucha frecuencia, indicando claramente que la cirugía actual se ha tornado en una disciplina que requiere, como otra cualquiera, del trabajo multidisciplinario de un equipo bien orientado y conducido frecuentemente por el cirujano general.

Referencias.

1. Patiño-Restrepo J F. *El cirujano general en Latinoamérica: Un punto de vista*. Cir Gral. 1993; 15: 49-50.
2. Grover B T y Kothari S N. *Fellowship Training. Need and Contributions.* SCNA. 2016; 45-57.
3. Bell R H, Banker M B, Rhodes R S, et al. *Graduate Medical Education in Surgery in the United States*. Surg Clin North Am. 2007; 811-23.
4. Colemannn J J, Esposito T J, Rozycki G S, et al. *Early Subespecialization and Perceived Competence in Surgical Training: Are Residents Ready?* J Am Coll Surg. 2013; 216;764-71.
5. Park A, Kavic S M Lee T H. et al. *Minimally Invasive Surgery: The Evolution of 46*:188-91.
6. Cogbill T H. *Surgical Education and Training: How Are They Likely to Change?* J Am Coll Sugr. 2015; 220:1032-5
7. Sigler-Morales L. *Generalidades de angiología y cirugía vascular. Tratado de cirugía general.* (Ed.) Manual Moderno. México D. F. 2003; pag. 1461-63.
8. Castañeda-Gaxiola R, Sigler-Morales L y Rish-Fein L. (ed.) Alfil S A de CV. México D. F. 2007.
9. Sigler-Morales L, Guttierrez-Carreño R, Mendieta Hernández M, et al. *Isquemia mesentérica*. Estrategia actual. Rev Mex Angiol. 2015; 43;14-23.
10. Sigler-Morales L, Castañeda-Gaxiola R, Athie-Rubio J. *Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar*. (Ed.) McGraw –Hill Interamericana. México D. F. 2012.
11. Sigler L, Geray J E, Bodon G R. *One Stage Resection of Abdominal Aortic Aneurysm and Gastrotomy for Carcinoma*. Arch Surg. 1968; 97: 525-6.

CAPÍTULO
07

EL CIRUJANO GENERAL Y EL HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Dr. J. Lorenzo de la Garza Villaseñor

El hombre prehistórico empezó a utilizar las cavernas como sitio de protección y vivienda y en ellas se conjuntaban varios grupos originarios de la misma zona geográfica o que se unían para defenderse de la fauna depredadora o de otros grupos *homo*, así como para hacer las cacerías o recolecciones más fáciles y abundantes, procurando el sustento de los pequeños clanes; esos mismos sitios se utilizaron para dar cuidados a los enfermos y lesionados muchos de los cuales fallecían ante las escasas y primitivas medidas terapéuticas del momento[1].

Pasaron muchos siglos y los cuidados siguieron haciéndose en los domicilios hasta que en la Grecia clásica los sacerdotes de los diversos cultos se convirtieron en sanadores y reunían a los enfermos que buscaban ayuda en los templos y santuarios dedicados a la deidad encargada de la salud, que en este caso era Aselepios o Esculapio para ser sometidos a curaciones nocturnas combinadas con medidas dietéticas y de limpieza, después aparecen los *nosocomium*. En esa misma época y en otras posteriores este tipo de prácticas se extendió por Egipto y el Imperio Romano[2,3].

Pero no fue sino hasta el siglo IV A.C. cuando en los monasterios eran los monjes de las diversas órdenes religiosas los encargados de atender a los enfermos, debiendo señalarse que estos sólo debían ser monjes y se crearon dentro de la estructura física monacal unas áreas determinadas que se denominaron hospitalia u hospedales, los cuales eran sitios en donde se daba atención y cuidados médico-quirúrgicos a quienes los necesitaban, condición que posteriormente se extendió para los viajeros que se desplazaban por grandes distancias y que servían tanto para descansar como para dar cuidados a aquellos que llegaban enfermos, esto seguramente aumentó en forma importante el trabajo que se prohibió a los monjes dar atención médica a todo mundo y se habilitó a personal laico para realizar tales menesteres y así uno de los mejores ejemplos es la aparición de los barberos-cirujanos[4].

Las primeras instituciones públicas para la enseñanza de la medicina se establecieron con la escuela de Atenas, el museo de Alejandría y las madrasas de las mezquitas de los musulmanes, pero en el Siglo XII se gesta el nuevo concepto para la enseñanza, la Universidad. Pasó mucho tiempo y aparecieron nuevas ideas y conocimientos, las primeras de estas transformaciones rompieron con 16 centurias de tradiciones, dando paso a una nueva ciencia médica.

De tal forma que desde la aparición de los shamanes hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la enseñanza, y por ende el aprendizaje de la medicina y su rama más efectiva la cirugía, se aprendieron a la sombra de un experimentado hombre dedicado a alguna de ellas, acompañándolo muy probablemente hasta por día y noche, ya fuera en casa del maestro, en casa del enfermo o lesionado y en el templo o santuario correspondiente hasta llegar a los más modernos hospitales de hace 100 o 150 años.

Pero en esa misma época, varios médicos y cirujanos inquietos que habían aprendido lo que pudiéramos llamar las bases sólidas de esas disciplinas, a través de los conocimientos de las denominadas ciencias básicas como la anatomía, la fisiología y la farmacología de entonces.

Recorrer la historia de la cirugía nos permite conocer cómo ha evolucionado su enseñanza, al principio todo era por transmisión oral y sin ninguna evidencia escrita o dibujada, hacia el año 5 mil a.C. aparecen los cráneos trepanados y reparaciones óseas, ya para el año 200 a.C. los propios egipcios describen procedimientos quirúrgicos algunos de ellos no muy sencillos y así, a través del tiempo aparecen Hipócrates, Sorano de Efeso y Herófilo de Calcedonia, más tarde se hacen presentes Celso, Dioscorides y Claudio Galeno. Al llegar la edad media aparecen San Cosme y San Damián, Constantino el Africano e Isidoro de Sevilla surgiendo los primeros estudios organizados en el *Trivium* y el *Quadrivium* y estos llamados "estudios generales" fueron modificados a *unum versis alia* y de esto se derivó el término "universal". Posteriormente los "estudios generales" cambiaron al término universidad derivado de "universitas" con lo cual se designaba a cualquier comunidad o corporación para señalar específicamente a un cuerpo involucrado en la enseñanza y la educación añadiéndose el complemento *universitas magistrorum et scholarium*.

Así surgió la primera ciudad médica en Europa, Salerno en donde se inició la enseñanza de la medicina en cuatro idiomas: hebreo, griego, árabe y latín, así como un franco carácter laico, siendo el primer ejemplo de ecumenismo médico, un movimiento o tendencia que intentaba la restauración de la unidad entre todas las corrientes del pensamiento médico. Dos siglos después de fundada tuvo su mayor esplendor (siglo XI a.C.), pero para el siglo XIII fue decayendo por el crecimiento de otras escuelas como las de Montpellier, Padua y Bolonia. Los centros de enseñanza se asociaron en centros terapéuticos y su nombre cambia de escuela a universidad, se multiplican los estudios liberales y la tendencia al corporativismo gremial, así como el interés por los estudios eclesiásticos, teológicos, jurídicos y filosóficos. Algunas fueron creadas por el esfuerzo de la comunidad, otras por los gobernantes o por las autoridades eclesiásticas; los principales objetivos resultaron ser la enseñanza y la regulación del ejercicio profesionales, surgiendo las universidades de Paris, Salamanca, Oxford y Padua, de tal forma que entre los años 1110 y 1478 existían 43 universidades en territorio europeo. Algunos médicos importantes egresados de ellas fueron Tomás de Aquino, Arnoldo de Vilanova, Henri de Mondeville, Guy de Chauliac, Mondino Luzzi, Averroes, Rhazes, Abulcasis, Avicena, Ibn Nafis, Avenzoar, Maimónides, Paracelso, Andrés Vesalio, Gabriel Falopio, Bartolomeo Eustachio, Realdo Colombo, Miguel Servet, Miguel Villanovano, Fabricio de Acquapendente, Juan Valverde de Amusco, Ambrosio Paré, Nicolás Bautista Monardes y Jerónimo Fracastoro[5].

Para el siglo XVII florecen las corrientes de iatromecánica y la iatroquímica, siendo

algunos de los personajes más notables, sin ser médicos Isaac Newton, Johannes Kepler, Francis Bacon, René Descartes y Galileo Galilei, los médicos famosos de la época fueron William Harvey, Jean Riolan, Gaspar Aselli, Francis Glisson, Antonio María Valsalva, Anton Van Leeuwenhoek y Reinier Von Graaf, así como Jean Baptista van Helmont, Marcello Malpighi, Thomas Willis, Thomas Sydenham, Hermann Boerhaave, Francois Mauriceau y Giovanni Battista Morgagni[5].

En el siglo XVIII viven Georg Ernst Stahl, Friederich Hoffmann, Albrecht von Haller, Franz Anton Mesmer, William Heberden, John Hunter, Antoine Laurent Lavoisier, Gerard van Swieten, Edward Jenner, Samuel Hahnemann, Carl Linneo y Phillippe Pinel[5].

Para el siglo XIX los avances fueron siendo mayores con Dominique Jean Larrey, Xavier Bichat, Charles Bell, Johannes Müller, Jakob Henle, Jean Cruveilhier, Francois Magendie, Claude Bernard, Leopold Auenbrugger, Joseph Skoda, Carl von Rokitansky, Renato Teófilo Jacinto Laënnec, Ephraim McDowell, William Morton, Ignaz Semmelweis, Louis Pasteur, Gregor Mendel, Robert Koch, Joseph Lister, Charles Edouard Chamberland, Charles Robert Darwin, Pierre Curie, Rudolf Virchow y Conrad Röentgen[5].

Durante el siglo XX y lo que ha transcurrido del siglo XXI, los avances en ciencias básicas, la fisiopatología, las especialidades y muchos de los aspectos tecnológicos diagnósticos y terapéuticos han producido cambios rápidos e importantes en donde han estado involucrados multitud de médicos de todo el mundo cuya lista resultaría inmensa, esto ha dado por resultado que la enseñanza tanto de la medicina como de la cirugía se ha vuelto cada vez más difícil y complicada[6].

En el siglo XX tres fases en la evolución quirúrgica se pueden señalar: la primera va de 1900 a 1918; la segunda de 1910 a 1945 y la tercera de 1946 a 1983. Dentro de cada periodo se han producido eventos significativos que han afectado a la historia de la cirugía, lo cual va de la mano en lo que a enseñanza se refiere y por lo tanto los hospitales que a ello se dedican han debido modificar sus planes e incluso algunas de sus instalaciones[6].

En los primeros años sólo se observó la continuación directa de la revolución que ocurrió en las ciencias quirúrgicas del último cuarto del siglo XIX.

En el segundo periodo se produjo la maduración de las especialidades quirúrgicas que inicia una serie de grandes cambios académicos y educativos, constituyendo la etapa con más significado en la historia de la cirugía en este lapso.

El tercer periodo se caracteriza por la aparición de nuevos cambios especialmente relacionados con técnicas quirúrgicas que han requerido de nueva tecnología y destrezas para llevarlas a cabo, dando por resultado menor trauma quirúrgico y más pronta recuperación, amén de los aspectos cosméticos.

La cirugía general está en curso de su fragmentación y lo hace a gran velocidad y a menos que se establezca una demostrativa intercomunicación entre ésta y las especialidades o superespecialidades, la supervivencia de la cirugía como una disciplina unificada será incierta.

Todo parece iniciarse a finales del siglo XIX en Viena, Austria con Theoder Billroth quien organizó la primera residencia de cirugía con la mano rígida de la disciplina teutona, en esa misma época Sir William Osler, cirujano canadiense, creía firmemente en el valor de aprender de los pacientes, aunque el contacto directo entre el médico y el paciente estaba más allá de las habilidades del estudiante, haciendo que los residentes pasaran visita

diariamente a los pacientes hospitalizados, independientemente del año que cursaran. William Halsted pasó algún tiempo en Austria y Alemania y cuando regresó a los Estados Unidos de América y fue contratado por el Hospital de la Universidad Johns Hopkins, estructuró la enseñanza con un programa formal y piramidal cimentado en ciencias básicas y entrenamiento junto a la cama del paciente, el programa estaba influido por el autoritario y jerárquico sistema germano, pero a la vez existía una estrecha relación entre el mentor y el educando, al iniciarse el segundo tercio del siglo XX, Edward D. Churchill en Boston, MA. desarrolló un modelo rectangular de residencia quirúrgica, para que no existiera una personalidad dominante y en muchos sitios continúa utilizándose este último esquema de aprendizaje-enseñanza[6].

Teniendo nuestro país una cultura tan vasta y antigua no podemos pasar por alto el desarrollo de la medicina prehispánica, cuyos primeros informes se remontan al siglo XII; al desarrollarse el Imperio Azteca las evidencias no solamente fueron de transmisión oral, sino son plasmadas en muchos de los códices existentes, pero además después de la conquista por los españoles, estos se encargaron de escribir y relatar numerosos informes con el material que muchos de los conquistados les dieron. De tal forma que los Ticitl (médico) y los Texoxotla Ticitl (cirujanos) realizaban sus primeros estudios en los llamados *Calmecac* y después de algunos años de estar en estas escuelas, proseguían su aprendizaje bajo la tutela de médicos o cirujanos con mayor experiencia o en muchas ocasiones eran los sacerdotes de las diversas deidades del Panteón Mexica, los que fungían como los médicos encargados de tratar a los enfermos que padecían ciertos achaques que eran producidos como castigo por la deidad respectiva y con el tiempo seguramente ocuparían el lugar de quienes los habían enseñado[5].

Con la llegada de los conquistadores, se importó la medicina europea de finales del renacimiento, la cual se sustentaba en las doctrinas de Galeno y las de la medicina árabe, pero se encontraron con que la medicina náhuatl podía resolver casi cualquier problema médico o quirúrgico, ya que habían excelentes médicos y cirujanos mexica, con grandes conocimientos para la atención de heridas y de herbolaria para tratar a diversas enfermedades; tal fue el impacto causado a los españoles que Hernán Cortés informó al rey Carlos V de España en una de sus Cartas de Relación, que no había necesidad de que enviara médicos, ya que los médicos indígenas eran de lo más eficientes y acertados. Sin embargo, llegaron algunos personajes conocedores de la medicina, ya que los primeros que venían con Cortés eran boticarios como el Bachiller Escobar y Juan del Rey, pero que hacían funciones de médico-cirujanos, poco tiempo después arribaron Cristóbal de Ojeda que era doctor en medicina, Pedro López y Francisco de Soto barberos-cirujanos, así como el maese Diego de Pedraza cirujano latino, quien acompañó a Cortés en algunas de sus incursiones para la Conquista de varios territorios de la América Continental. Una vez establecidos los conquistadores en lo que había sido la Gran Tenochtitlan, se construyó el primer hospital del continente que recibió el nombre de Hospital de Nuestra Señora o de la Limpia Concepción (Purísima Concepción), también conocido en diferentes épocas como Hospital del Marqués, Hospital de Jesús Nazareno y Hospital de Jesús, con éste último nombre se le conoce en la actualidad ya que sigue funcionando. Posteriormente se fundaron otros hospitales para la atención de españoles ricos y pobres, así como para la

población autóctona, todos ellos bajo los cuidados de religiosos y sus órdenes respectivas, así tenemos a Bartolomé de Olmedo, Vasco de Quiroga, Juan de Zumárraga y Bernardino Álvarez, entre otros. Estos nosocomios pronto se convirtieron en hospitales de enseñanza, nada diferentes a los europeos y de tiempo en tiempo sufrieron modificaciones similares a los peninsulares, pudiendo señalarse al Real Tribunal del Protomedicato, la Real y Pontificia Universidad de México y el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, como establecimientos directrices en el funcionamiento de ellos para cubrir diversos aspectos[7,8].

La cátedra de medicina se inicia en 1579 y las de anatomía y cirugía en 1621. En el siglo XVIII aparece la medicina ilustrada y entre sus exponentes iniciales aparecen José Antonio Alzate y Ramírez, José Ignacio Bartolache, Luis José Ignacio Montaña, Domingo Russi, Francisco Hernández y Francisco Xavier Balmis. Después de consumarse la Independencia de la Nueva España, muchas cosas cambiaron, algunas de nombre y otras de oficio, como médicos se distinguieron Valentín Gómez Farías, Gabino Barreda, Porfirio Parra, Manuel Eulogio Carpio, Miguel Jiménez y Manuel Carmona y Valle[5,6].

Para el siglo XX y lo que va del XXI, las modificaciones en la enseñanza y el ejercicio de la profesión se han ido multiplicando, los cambios son rápidos y por lo tanto la vigencia de algunas situaciones dura poco tiempo, los hospitales se han ido modernizando y existen lugares de excelencia como los Institutos Nacionales de Salud, pero desafortunadamente la modernización no ha sido igual en todos lados, de tal forma que aún hay un sinnúmero de lugares con recursos muy limitados y mucha de la población no tiene acceso ni a ellos.

Sin lugar a dudas los programas de enseñanza en general de la medicina y en particular de la cirugía son muy similares a los empleados en la Unión Americana y los avances en los cuidados pre, trans y postoperatorios han permitido obtener muy buenos resultados en la cirugía convencional, pero las cosas siguen cambiando, apareciendo subespecialidades y procedimientos de acceso mínimo, que han obligado a cambiar conceptos y aprender nuevas técnicas para el uso de instrumental diferente al que se estaba acostumbrado y al análisis de factores socioeconómicos, habiendo agregado complejidad a la práctica de los cuidados de la salud y el proporcionarlos, todo aquel que los va a proporcionar debe estar consciente de que debe educarse, autoevaluar sus complicaciones y resultados para asegurarse que los han aprendido adecuadamente antes de efectuarlos[5].

Por otro lado, el público basa su conocimiento y decisiones en lo que señalan "las redes sociales" de tal forma que el modelo técnico está intentando cambiar el molde jerárquico de la profesión médica. Las redes sociales electrónicas son una forma fácil de buscar y conocer la información médica y como resultado se obtiene información fragmentada, incompleta y parcial, lo cual a veces proporciona expectativas irreales[9, 10, 11].

Un hospital de enseñanza debe guardar ciertas características que tendrán que ser iguales independientemente del sitio en donde estén ubicados, llámese continente, país, estado o ciudad, pues el no llenar los requisitos necesarios todo tenderá a ser deficiente, la capacidad para atender pacientes deberá ser la suficiente para que el número de residentes pueda recibir un entrenamiento adecuado y no tener ya sea exceso de trabajo o falta de éste. Deberá contar con todos los servicios auxiliares tanto diagnóstico como terapéuticos que funcionen correctamente las 24 horas del día y ellos son departamento de Radiología e imagen, Laboratorio de análisis clínicos, Servicio

de endoscopía, Banco de sangre, Unidad de hemodiálisis, Departamento de anatomía patológica, una buena Biblioteca, Departamento de enfermería con especialistas en las diferentes ramas de ésta y adscritos en todas las especialidades médico quirúrgicas necesarias. Estar afiliado a una muy buena o excelente institución de educación superior a través de su escuela o facultad de Medicina con programas aprobados por el Consejo Universitario. El horario laboral debe encaminarse a disminuir al mínimo posible las labores no educativas, mejorar la comunicación y la intervención activa de los grupos académicos que incluyen residentes de mayor jerarquía, maestros, tutores y mentores. La aparición y progresión de nuevas técnicas quirúrgicas, que hay que aprender se han vuelto la regla y esto para muchos representa la pérdida de independencia y autonomía en el quirófano y los educandos tratan de subsanar alargando la duración de la residencia. Otras cosas que deben mostrarse en un hospital de enseñanza, es el usar realidad virtual, maniquíes, el uso de animales que cada vez se ve más limitada, planear investigación básica y combinar las actividades hospitalarias con las familiares, así como distracción y descanso, pues el cansancio y la fatiga pueden llegar a provocar problemas que han sido muy serios. Existe gran controversia entre si se debe ingresar en forma directa a las especialidades no troncales y una vez realizados los dos primeros años, decidir si se continúa en ellos o se hace cirugía general el resto del tiempo[11, 12,13].

Para muchos educadores la meta del entrenamiento en cirugía general es producir cirujanos competentes, que sean capaces ante los retos, en la innovación, nueva tecnología, patología difícil y sobre todo ser un cirujano seguro y compasivo. El reto descansa en desarrollar paradigmas para el entrenamiento que satisfagan y reconcilien la historia y tradición en la racionalización educativa de la cirugía. Así como las necesidades de cirujanos, pacientes y sociedad[14,15].

Ante los cambios existen diversas fuerzas que pueden guiar nuestras acciones y así poder distinguir entre lo que es bueno de lo que es malo y para ello se deberán desarrollar profesionalismo, excelencia, innovación, introspección e inclusión.

Además de los cambios ya señalados previamente, en lo que va de este siglo han aparecido otros que involucran aspectos que al primer impacto no da la impresión de que tengan que ver con la medicina y la práctica de la cirugía como lo son los socioeconómicos, planeación de los servicios de salud, las relaciones interdisciplinarias biológicas, físicas, químicas, matemáticas, tecnológicas, bioestadística, administración de negocios, economía, epidemiología, asuntos gubernamentales, salud pública, formación política, sociología, etc. y que deben ser incorporadas al mundo del cirujano[15].

Un área que pocas veces se enseña, pero que es tan importante como las otras sobre todo para el futuro, es el manejo de la práctica privada que incluye honorarios, responsabilidad médica y asociación, lo cual se pue-de traducir en llegar a convertirse en un buen hombre de negocios, pero sin llevar a cambiar a la medicina en un sistema comercial. Otro aspecto que debe cuidarse mucho es que en la actualidad los papeles cada vez mayores de consumidor y proveedor de servicios hacen que la medicina se transforme en un sistema comercial y que la reglamentación de la práctica médica esté basada primordialmente en las expectativas de los consumidores e implementada a través de mercadeo. Evitar estas situaciones peligrosas dependerá de la enseñanza y consejos que los profesores les den a los alumnos y para ello será importante la relación constante del binomio[5].

Por lo tanto en la enseñanza de la cirugía han ido entrado en juego, no solo los aspectos técnicos y de conocimientos médicos, sino otros que se necesitan conocer y llegar a dominar aspectos de otras profesiones que nunca nos imaginamos llegarán a ser necesarios y de esa manera asegurar que los graduados son personas profesionales, capaces, competentes y versátiles en el arte de la cirugía, cosa, que debe ser consecuencia de la educación médica[6] tanto básica como contínua. Es imposible dejar de asumir que el progreso continuará para siempre y el futuro del arte, habilidad y ciencia de la cirugía permanece desconocida, pero seguramente descansa en un glorioso pasado.

Referencias

1. Rutkow IM. *Surgery an Ilustrated History. Mosby-Year Book Inc.*, 1993; St. Louis Missouri.
2. Ellis H. A *History of Surgery, 3rd Chap. Surgery in Ancient Greece and Rome*, 1st edition London UK. Greenwich Medical Media Limited 2001, pag 27-52.
3. Haeger K (ed) *Historia de la cirugía cap 2. El nacimiento de la medicina occidental*. 2ª edición, México D.F. Corporativo Intermédica, S.A. de C.V. 1999 pag 35-68
4. Ellis H. A History of Surgery, *4th chap The Dark Ages and Renaissance*. 1st edition London UK. Greenwich Medical Media Limited 2001 pag 27-52
5. Fernandez-del Castillo SC y Cerna RJA. *Historia de la Medicina 1ª edición*. Ediciones y Farmacia S.A. de C.V. 2013; México, D.F.
6. Polavarapu HV, Hulaylat AN, Sun S and Hamed OH *100 Years of Surgical Education, Past, Present and Future*. Bull Am Coll S urg 2013; 98(7): 22-27
7. Ortiz QF. *Hospitales*. 1a edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 2000; México, D.F.
8. Rodríguez-Sala ML, Ramírez V, Tolentino A, Rivera C, Pérez A y cols. *Los cirujanos de Hospitales de la Nueva España (1700-1833)* serie los Cirujanos en la Nueva España, Instituto de Investigaciones sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, Academia Mexicana de Cirugía, Secretaría de Salud, Patronato del Hospital Jesús; 2006 México, D.F.
9. American College of Surgeons. *Survery Social Media Awareness*. Bull Am Coll Surg 2012; 97 (3): 23-26
10. Yamout SZ, Glick ZA Lind S, Monson RAZ and Glick PL. *Using Social Media to Enhance Surgeon and Patient Education and Communication*. Bull Am Coll Surg 2011; 96(7): 7-15
11. Azoury SC and Scheidman D. *Surgeons and Social Media, Threat to Professionalism or an Essential Part of Contemporary Surgical Practice*. Bull Am Coll Surg 2015; 100(8): 46-62
12. American College of Surgeons, Division of Education. *Position of the American College of Surgeons on Restriction on Resident Work Hours*. Bull Am Coll Surg 2009; 94(1): 11-18
13. Powell AC, Nelson JS, Massarweh NN, Brewster LP and Santry HP. *The Modern Surgical Lifestyle*. Bull Am Coll Surg 2009; 94(6) 31-38
14. Peregrin T. *New Directions for ACS Surgical Education Programs*. Bull Am Coll Surg 2013; 98(4): 10-17
15. Pelligrini CA. *The Surgeon of the Future: Anchoring Innovation and Science With Moral Values, Presidential Address*. Bull Am Coll Surg 2013; 98(12): 8-14

CAPÍTULO
08

EL CIRUJANO GENERAL Y LA JEFATURA DE ENSEÑANZA

Dr. Jesús Arenas Osuna
Dr. Miguel Ángel Arenas Ortiz

"Lo más bonito de esta vida no puede verse ni tocarse, debe sentirse en el corazón"
–Hellen Keller–

La educación es el proceso de socialización formal de los individuos en una sociedad.

En el hecho educativo intervienen tres agentes que determinan la educación formal: El saber, el educador y el educando; la relación que existe entre estos agentes crea una particular forma de enseñanza.

La enseñanza consiste en la transmisión de saberes a través de distintos medios sensoriales con base y en relación en un número de experiencias compartidas.

El saber es aquello que ha sido experimentado por otras personas y éstas han descrito sus experiencias y las han compartido, es esencial en el mantenimiento de un tipo de educación adecuada para cierto grupo social determinado.

Por su parte, la educación es un proceso social establecido a fin de que un grupo social determine que es lo más útil y conducente para ser transmitido a las nuevas generaciones mediante una selección de saberes expuestos por personal del grupo; después de esta selección de aquellos saberes que se transmitirán tendrán la finalidad de educar[1].

Quien lleva a cabo la acción formal de educar es el educador y quien la recibe es el educando.

La educación médica es el proceso de formación de los médicos, está subordinado a las estructuras económicas y sociales dominantes en la sociedad en las que se lleva a cabo, es un proceso cultural que se modela constantemente por fuerzas internas y externas; lo que implica que no puede estar disociada de la realidad social, histórica y cultural[2].

Las mismas actividades que realizamos para educar se realizan para otras muchas cosas. En educación se enseña, se convive, se comunica, pero educar no es cada una de estas cosas por separado ni todas juntas.

Enseñar no es educar porque el principio de significado nos hace entender que hay enseñanza que no educa; convivir no es educar porque hay convivencias que no se especifican y cualifican como educativas; comunicar no es educar porque la comunicación es siempre un proceso simbólico-físico cuya finalidad es elicitar el mensaje a que apunta el hablante y el hablante no apunta siempre a la educación[1].

Este proceso viene desde la antigüedad, con el enfoque diferente de tres filósofos griegos del siglo IV A.C.: Parménides, Heráclito y posteriormente Sócrates sobre el rol apropiado de profesores y alumnos. Para el primero, la realidad es estable y la aproximación a la verdad se logra en la medida en que se adquiere experiencia. La relación profesor–alumno es el reflejo de la convicción de que la persona más experimentada –el profesor–, es poseedora de la verdad.

En contraste, el modelo de Heráclito plantea que el conocimiento es un fenómeno cambiante y la verdad una incógnita. De profesores con esta visión del conocimiento puede anticiparse una conducta muy diferente: menos dogmáticos, más receptivos de puntos de vista alternativos.

El modelo heraclitiano de desarrollo curricular resurgió en el siglo XX con las enseñanzas de John Dewey. El diseño curricular estaba centrado en el alumno, orientado a problemas y actividades, la información se obtenía por la activa participación del estudiante: preguntar, averiguar, investigar tomando en cuenta la experiencia, la práctica del conocimiento experimental.

El modelo lógico resultante de este punto de vista del aprendizaje ubica al docente no como proveedor de información sino como analista del comportamiento del estudiante y como captador del proceso de retroalimentación positiva; para el educador médico el enfoque no debería circunscribirse en cómo preparar mejores diapositivas para organizar una charla, sino más bien en desarrollar las habilidades para obtener la mejor retroalimentación y análisis del rendimiento e iniciar una interacción constructiva con el alumno.

El método socrático que perdura hasta nuestros días se caracteriza por emplear la dialéctica o demostración lógica para la indagación o búsqueda de nuevas ideas, conceptos subyacentes en la información. Sócrates raramente empleó este método para desarrollar teorías consistentes, los motivos actuales para el uso de éste método no son necesariamente equivalentes[3].

El sistema de residencias y posgrado hospitalario fue ideado por Teodoro Billroth en Viena a mediados del siglo XIX; Billroth diseñó un programa de entrenamiento hospitalario con reconocimiento y respaldo universitario. Realizó una rigurosa selección de alumnos, exigió una preparación especial en Bioquímica y Anatomía Patológica; su programa contempló la rotación y el estrecho contacto con los servicios de Medicina Interna, organizó una consulta externa propia del departamento de Cirugía con seguimiento meticuloso de casos clínicos. Viena se convirtió en el centro de la cirugía europea secundario a este programa de entrenamiento.

El cirujano Norteamericano William Halsted se impresionó profundamente con el sistema de residencia y entrenamiento de posgrado que tuvo oportunidad de estudiar en Viena. Implementó un programa de posgrado detallado en la escuela de Medicina Johns Hopkins, estableció la rotación por el servicio de Medicina Interna, es indudable que la calidad y uniformidad de la Cirugía Universitaria Norteamericana se debieron al programa de residencia[4].

La residencia médica hospitalaria se constituyó en una forma de entrenamiento y

preparación de médicos jóvenes recién graduados; esta residencia realizada dentro de la unidad hospitalaria a tiempo exclusivo, tendría reconocimiento y respaldo de una institución educativa universitaria, además de estipular que el médico residente recibiría una remuneración económica en concepto de beca, lo que le permitiría dedicarse a su formación a tiempo completo.

En una institución de salud no tienen la misma importancia la atención médica, la educación o la investigación; por lo tanto, siempre existirán tensiones y contradicciones en estos sistemas interdependientes (educación y atención médica) que tienen cultura y prioridades diferentes, por lo que se debe conducir el cambio organizacional de manera eficiente para no disminuir la calidad de la atención médica y el aprendizaje.

Los médicos residentes y los docentes en un hospital dirigen sus esfuerzos a la formación técnica que se relaciona con su especialidad a las actividades que les producen beneficio directo o satisfacción personal. Es poco frecuente que muestren interés, tiempo y esfuerzo en formación docente, investigación o ampliar su horizonte en aspectos organizacionales y sociológicos[5].

El modelo tradicional de enseñanza en Cirugía General se caracteriza por ser un proceso intensivo de aprendizaje en actividades académicas, atención médica y quirófano, de acuerdo con el grado académico se delegan las responsabilidades, la enseñanza es tutelar por un cirujano de mayor experiencia y/o con mayor frecuencia un residente de mayor jerarquía, a través de actividades didácticas y lecturas guiadas, con una evaluación cognoscitiva subjetiva del nivel de desempeño y habilidad del médico residente para promover de un grado académico a otro o para terminarla.

El aprendizaje y las teorías que tratan los procesos de adquisición del conocimiento tuvieron durante este último siglo un enorme desarrollo debido fundamentalmente a los avances de la Psicología y de las teorías instruccionales que han tratado de sistematizar los mecanismos asociados a los procesos mentales que hacen posible el aprendizaje. Los docentes de acuerdo a su concepción práctica en el aula, pueden orientarse a cinco modelos educativos: Modelo conductista, Modelo cognitivo, Modelo psicosocial, Modelo sociocultural y Modelo constructivista; mientras que los médicos residentes emplean alguno de los cuatro estilos de aprendizaje: teórico, reflexivo, pragmático y activo[3,6].

El modelo de aprendizaje mayoritariamente es conductista; el médico residente adquiere el conocimiento, habilidades y destrezas mediante la observación y la imitación de modelos o roles; aprende no solo por lo que hace, cuándo lo hace y cómo lo hace en la atención médica hospitalaria y el quehacer privado.

La mayoría de los cirujanos aprendió a enseñar la cirugía de acuerdo a como le enseñó a través de un aprendizaje gradual el "cirujano maestro". Este sistema tutorial es predominantemente empírico. El "Cirujano maestro" posee conocimiento sofisticado, actitudes, habilidades y experiencia que le permiten ser competente profesionalmente (competencia académica); estas cualidades en la actualidad son insuficientes para satisfacer su responsabilidad docente.

Es necesario que se "profesionalice" en docencia médica, debe comprender el significado y sentido de su práctica y de los entornos en los cuales ésta se circunscribe; característica propia del sujeto reflexivo y práctico, lo que le permitiría asumir de una mejor manera su acción formadora.

La ruptura del paradigma tradicional se inició con el informe "Flexner" en 1910, colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la "departamentalización" del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

Flexner, afirmó que debían integrarse las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años que dura la residencia, estimular el aprendizaje activo, hoy en día se le denomina constructivismo (moldeado y aplicado por Jean Piaget y Lev Vigotsky), generación de nuevas estrategias pedagógicas según el contexto de la profesión para formar médicos residentes capaces de analizar las diferentes situaciones que los rodean y dar soluciones concretas, viables, prácticas y lógicas

En este informe existen un conjunto de recomendaciones cuya implementación ha sido muy limitada y en ocasiones rechazadas, pero que en los últimos años se retomó por pedagogos y filósofos.

En 1999, la declaración de Bolonia fue el detonante del cambio a nivel de la educación superior mundial, tiene entre sus principios facilitar el desarrollo de competencias transversales, el autoaprendizaje y responsabiliza al alumno del aprendizaje significativo como respuesta a los modelos tradicionales de educación.

Hasta la actualidad aún perdura el aforismo "La calidad de una escuela de medicina puede medirse por la calidad de los clínicos que produce".

La residencia médica es una estructura sólida en la formación médica, con escasos cuestionamientos a lo largo de su historia que genera en los egresados un sentimiento fuerte de pertenencia y representatividad.

Ha permanecido sin cambios sustanciales a eventos políticos, económicos y sociales y es la máxima expresión formativa de la profesión médica.

Es común en ésta la ausencia de cuestionamientos hacia la residencia médica, la presencia de prácticas de dominación que generan violencia física, emocional o psicológica producto de las marcadas jerarquías de la que son objeto los médicos residentes, los escenarios o la política de formación alejada de las necesidades sociales y asistenciales, la falta de compromiso del profesor por su inasistencia a las sesiones académicas programadas, la relación laboral encubierta en donde el médico residente tiene a su cargo tareas sin supervisión que deberían ser practicadas por profesionales con mayor formación, la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución de salud, el desempeño de actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etcétera, elevada competitividad que produce insatisfacción en el médico residente. A estas insatisfacciones se suele hacer referencia de varias maneras: estrés, *burnout*, ansiedad, depresión, fatiga mental[7,8].

El médico residente debe trabajar para lograr cuatro objetivos que son fuente de conflicto o insatisfacción: trabajo en equipo, cuidado del paciente, actividad clínica y calificaciones satisfactorias; mientras, están presionados por la falta de sueño, el tiempo para estudiar, tiempo para el transporte y otras actividades que requieren de su presencia como las familiares y las afectivas.

Para Hafferty la educación médica es un ambiente de aprendizaje multidimensional en el que existen tres áreas interrelacionadas[9]. Lo que se dice, pretende y formalmente se ofrece (lo que se debe hacer).

1. Lo no escrito, lo que se enseña de acuerdo con lo que se va presentando muy influenciado por la interacción personal.

En el ámbito médico hospitalario se observa en el elevador, las escaleras, los pasillos, la cafetería, los vestidores de quirófano, áreas de trabajo en el hospital etcétera (Curriculum informal).

2. Una serie de influencias que se incrustan en la estructura y la cultura de la organización que deben hacernos reflexionar acerca de todos aquellos "sobre entendidos", rituales o "porque así se ha hecho siempre" a los que se enfrenta el médico residente a su ingreso a la residencia médica (Curriculum Oculto)[9].

El médico residente hace uso del mecanismo de resiliencia durante su residencia para disminuir la pérdida del idealismo; la aceptación de la jerarquía, para adoptar los rituales de identidad profesional, modificar su integridad ética y aprender los aspectos profesionales para ser "buen especialista".

Es tan importante esta interrelación que puede influir sobre la percepción que tiene el médico residente de la relación médico–paciente, la interacción con los docentes, el acercamiento a los tratamientos médicos de la enfermedad y las prioridades de salud en su trabajo[10].

Al enfrentarse a la realidad el médico residente se encuentra en la disyuntiva entre lo que se dice en las sesiones académicas, lo que ocurre ante el paciente real y lo que ocurre en el hospital, lo que puede producir una disonancia cognitiva con sus expectativas.

El ambiente educativo que creamos en la residencia médica es contradictorio ya que indicamos una cosa y hacemos otra[10].

Una de las actividades cotidianas de la práctica médica es el pase de visita que tiene como característica el favorecer la adquisición de conocimiento, habilidades y destrezas clínicas, protocolos diagnósticos y terapéuticos, comunicación con el paciente y profesionalismo médico; permite la retroalimentación inmediata y fomenta la formación de criterios propios; en la actualidad se utiliza de forma empírica y se ha disminuido progresivamente su frecuencia secundaria a circunstancias como son los horarios de las actividades medicas asistenciales, sobrecarga de trabajo asistencial y al criterio de quien la realiza, quizás porque se desconoce su alcance como estrategia educativa[11].

El 25% de la enseñanza médica se desarrolla al lado del paciente y menos del 5% del tiempo se utiliza en la observación directa y la corrección de las habilidades clínicas realizadas por el médico residente. En la actualidad, esta práctica médica se convirtió en un evento fugaz, sus fines son principalmente administrativos y asistenciales, se enfoca a la transcripción de indicaciones y al trámite de estudios haciendo a un lado su utilidad docente.

El 40% de los conocimientos que adquiere el médico residente son producto del aprendizaje que se obtiene a través de sus pares; se estima que un médico residente pasa el 25% de su tiempo en la enseñanza y supervisión de destrezas a otros residentes; los procesos de enseñanza aprendizaje entre los médicos residentes se hace más evidente durante la práctica clínica complementaria (guardia) y los fines de semana cuando el cuerpo médico responsable de la atención médica y supervisión de acciones disminuye o está ausente[12].

Una práctica diaria en la educación médica de los médicos residente durante la práctica clínica complementaria y en el pase de visita es el cuestionar o hacer preguntas muy difíciles, rápidas, consecutivas, enfrente del paciente y de otros médicos al médico residente de menor jerarquía con el propósito de colocar al docente y/o médico residente de mayor jerarquía en la cima jerárquica del equipo de salud; es la aplicación mal entendida del método socrático, se le conoce como *pimping*[13].

El término *pimping* se introdujo por primera vez en 1989 por Brancati, se le denomina así al acto que se produce cuando un médico de base y/o residente de mayor jerarquía le plantea una serie de preguntas difíciles a un médico residente o estudiante de medicina; por lo general se produce en entornos como el pase de visita médica, en reuniones de equipo, entrega de guardia etcétera, en donde el alumno es audiencia cautiva en observación de un paciente sometido a una cirugía[14].

El *pimping* de hecho sigue vivo y está muy sumergido dentro de la medicina académica por varias razones: La estructura básica de la educación médica no ha cambiado, la relación de poder entre el profesor y el alumno todavía existe y probablemente será así debido a que el docente tiene un conocimiento extenso y es el responsable de la evaluación; el *pimping* refuerza esa relación de poder porque el profesor generalmente controla las preguntas y si el primer médico residente no puede responder correctamente se elige a otro y así sucesivamente hasta que alguien la responde correctamente[3].

Algunos de los mecanismos que utilizan los médicos residentes contra este método son: la evasión, la respuesta hostil hacia el que pregunta, contestar dependiendo de la respuesta de los demás, comentar que se siente súbitamente con malestar, manifestar conocimiento y dominio de un área del conocimiento que le permite al médico residente tener ventaja sobre los demás y por último el uso de dispositivos móviles electrónicos: teléfono inteligente, tabletas, etcétera.

Para disminuir el malestar que se produce al emplear el método de *pimping* se recomienda respetar el objetivo educativo, no avergonzar al médico residente enfrente de sus pares, pacientes, familiares u otros médicos, ofrecer una disculpa pública[13].

Con esta práctica se perpetúa la deshumanización de la educación en medicina, el ambiente académico se convierte en hostil, se pierde el respeto mutuo y la comunicación.

Es común escuchar con mucha frecuencia en el ambiente hospitalario el estribillo "estos médicos residentes ya no son como antes", "en mis tiempos sí fuimos residentes de verdad" por los docentes y el personal médico de base, muchas veces inconscientes de los cambios que se producen a su alrededor en el contexto sociológico de esta generación de médicos residentes. A los especialistas en clasificar al ser humano les ha dado en denominar a la juventud de este siglo como la "gene-ración del milenio"

Son el producto de otras generaciones que les precedieron: la generación de los tradicionales para los que nacieron de 1925 a 1945 seguida de sus hijos la generación de los *Baby Boom*, término que se utilizó para describir a las personas que nacieron en países anglosajones entre los años 1948 y 1965: Estados Unidos de Norte América, Canadá y Nueva Zelanda, los que experimentaron un inusual incremento en la tasa de natalidad[15].

Más tarde, los pronosticadores de tendencias y futurólogos anunciaron la llegada de la Generación *X*, personas que nacieron entre 1960 y 1979; debido al retraso tecnológico de ciertos países –Latinoamérica y España–, se extiende hasta finales de 1981. También se le ha denominado como Generación perdida, Generación apática, Generación Peter Pan o Generación H.

Fueron influenciados por el bombardeo del consumismo de los años ochenta y noventa, la llegada de internet, cambios históricos como la caída del muro de Berlín, el fin de guerra fría, la aparición del SIDA, etcétera.

Son personas cínicas, expertos en medios de comunicación, antes rebeldes ahora

son una gran fuerza económica, alienados y alternativos, nómadas, faltos de atención de los padres, *anti status quo*, pragmáticos, autosuficientes, buscan mentores no jefes, ambiciosos sin dirección, sin mentalidad cívica, optimistas, planeadores a largo plazo, individualistas, consultan con sus amigos y en las redes sociales, son expertos negociadores con las figuras que representa la autoridad.

En México, con edades que oscilan entre 22 y 37 años; es la primera generación que estudió usando herramientas informáticas pero fueron los últimos en usar las tradicionales, suelen tener el hábito de la investigación, apáticos, escépticos y desconfiados, utilizan la tecnología para socializar.

Es la primera generación que se desarrolló con la ruptura verdadera del hogar tradicional, son hijos de hogares uniparentales, influenciados por la ruptura de paradigmas y cambios en los valores morales, se criaron con la amenaza de la muerte –una amenaza que estaba en la casa del vecino, en la calle, en la escuela–, es una generación que disminuyó su rendimiento escolar quizás porque estaban más preocupados en resolver sus miedos y angustias; trabajan cuándo y dónde quieren, requieren de retroalimentación continua, exigen oportunidades de aprender en un buen ambiente laboral, son partidarios del ambiente informal, pero sobre todo de buenos docentes[16].

Los de la Generación *Y* nacieron entre 1980 y 2000, son expertos en tecnología, muy educados, multiculturales, reciben el bombardeo constante de los medios de comunicación, acostumbrados a la violencia y el sexo, tienen poder adquisitivo.

Es la más numerosa, la más educada y la más étnicamente diversa de las generaciones, fueron entrenados para ser los actores principales y para alcanzar sus metas, para ellos la ideología no es determinante; tienen un sentido más pragmático en sus expresiones de inconformidad, los jóvenes parecen estar más dispuestos a concertar acuerdos sobre la forma de resolver sus problemas y los de la sociedad en que viven, manifiestan una tendencia creciente a entender y enfrentar socialmente los retos de la vida diaria.

El 50% son independientes políticamente y 30% declaran no estar afiliados a ninguna religión, se les denomina como nativos digitales, lo que significa para ellos el empleo de la tecnología que es parte de su vida ordinaria desde sus primeros años de edad, han nacido y se les han criado con al menos un dispositivo electrónico al alcance de la mano, se ca-racterizan por el empleo continuo de teléfonos inteligentes, uso de redes sociales, un patrón de consumo que descansa frecuentemente en el "boca a boca"[17,18], éstos son los médicos residentes que en la actualidad están insertos en una especialización médica.

A mediados del siglo XX fue evidente la influencia que produjeron la explosión de recursos tecnológicos de apoyo al diagnóstico –instrumental, estudios de gabinete y laboratorio, internet, cirugía de mínima invasión, robótica–, además de cambios políticos, económicos y sociales que repercutieron en la práctica médica y en la educación médica.

La organización de los sistemas de salud públicos y privados son producto de economistas, licenciados, contadores o empresarios, éstos últimos han creado centros de atención médica con los últimos adelantos de la tecnología médica actual para un grupo reducido de la población con un alto poder adquisitivo.

En la actualidad, las áreas de trabajo están dominadas por la Generación *X* 65%, Generación Baby Boomer 26%, Generación Tradicional en 10% y Generación *Y* 9%[16]. Las instituciones de salud pública tratan de responder a las demandas de atención médica

de la población, en este hecho el médico residente tiene un papel preponderante en la atención médica; para ello, con frecuencia se modifican los programas educativos de la especialidad lo que repercute en la formación del médico residente, un ejemplo de ello son los médicos residentes de primer año que se ubican en un Hospital General de Zona (segundo nivel de atención médica) denominado subsede durante un ciclo lectivo y posteriormente se reincorporan al segundo año a la sede. Están bajo la supervisión de un médico especialista recién egresado que carece de formación docente, quien probablemente no desarrolló e incorporó la función educadora del médico residente durante su formación y utiliza el método del *pimping*[19], por lo tanto es escaso el apego y cumplimiento del programa académico de la especialidad, la enseñanza es tradicional, es evidente la incongruencia entre la *praxis* y el conocimiento básico de la especialidad

Transitar de un sistema educativo tradicional en el que la evaluación más conocida es el de conocimientos teóricos a otro que estimule pensar, conlleva la ruptura del paradigma e implica una decisión de largo plazo y no acciones inconexas. El médico residente se desentiende del proceso de evaluación, no tiene mucha claridad del para qué, por qué, para quién y el cómo es la evaluación.

La evaluación es un proceso didáctico porque permite que el sujeto reflexione sobre su propio proceso de aprender, lo confronte con el proceso seguido por los demás miembros del grupo y la manera como el grupo percibió el proceso; estudia y analiza el proceso de aprendizaje en su totalidad.

La evaluación debe plantearse mediante tareas y problemas lo más reales posibles que impliquen curiosidad y reto; es una actividad que convenientemente planeada y ejecutada permite vigilar y mejorar la calidad de la práctica docente y del aprendizaje.

Los procedimientos e instrumentos de evaluación tienen un papel primordial en la práctica evaluativa del docente, en tanto que éstos no solo deben estar bien elaborados y adecuados para evaluar los contenidos del programa académico porque en muchos casos no queda claro qué es lo que se pretende evaluar.

En los últimos años, la historia de la evaluación está sometida a múltiples tensiones que se originan por los contextos socio-culturales que la rodean.

Evaluar los aprendizajes de los alumnos consiste en estimar hasta qué punto los sujetos desarrollaron determinadas competencias y habilidades como producto de la enseñanza recibida y los docentes deben cuestionarse en qué medida los procedimientos evaluativos usados permiten estimar dichos progresos y hasta qué punto estos procedimientos son coherentes y enriquecedores de la enseñanza que se imparte; se trata de pasar de un concepto de evaluación centrada en la calificación donde se evalúa para poner nota –evaluación formativa–, a la que parte del propio discente –evaluación formadora– que se fundamenta en el autoaprendizaje[20].

Evaluar no es “demostrar” sino “perfeccionar” y “reflexionar”, actualmente el énfasis no es buscar aquel juicio imparcial que debe garantizarse mediante la competencia del evaluador, el “poder” del profesor y el uso de rigurosos procedimientos técnicos; no hay duda que la evaluación muchas veces genera entre el profesor y los alumnos conflictos de “intereses”.

El cambio de enfoque de la evaluación constituye cambio paradigmático en el currículo escolar ya que aplica un enfoque de evaluación integrado al proceso de enseñan-

za aprendizaje, los docentes estamos invitados a transformar la evaluación en un acto de construcción de conocimiento donde cada discente construya su propio conocimiento referido a su actuación, tomando en cuenta sus hallazgos y dificultades.

A finales del siglo XX, los instrumentos de evaluación asociados al tercer peldaño de la pirámide de Miller –Demuestra–, se desarrollaron de forma importante, la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), simuladores, ABP, mini congresos, cine comercial. Desde hace varios años existe un interés creciente por desarrollar sistemas de evaluación de la práctica profesional real que se ubican en el vértice de la pirámide de Miller –Hacer–, en éste contexto, en paralelo a la ECOE se están desarrollando otros instrumentos como el portafolio, el *feedback 360°*, videograbaciones; actividades que fomentan el dominio de numerosas competencias transversales durante la formación del médico residente[21,22].

Uno de los objetivos por los que trabaja el médico residente durante su formación es la obtención de una calificación satisfactoria; este objetivo se encuentra regulado por la acción de procedimientos legales por parte de la institución educativa y la institución de salud, mediante la aplicación de reglamentos, normas, procedimientos, sindicatos, etcétera; su incumplimiento ocasiona la separación de la residencia.

Los docentes con frecuencia muestran poco interés en la normativa y el proceso legal y desconocen el procedimiento de baja del alumno por lo que en la actualidad es realmente difícil la baja del médico residente.

El médico residente, ante la baja académica y laboral recurre a la asesoría y entabla un proceso legal y civil a través de diversas instituciones: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Conciliación y Arbitraje, Órgano Interno de la Contraloría de la Federación, Instituto Nacional de la Mujer, Conapred, etcétera, con el propósito de ser reinstalado en el proceso educativo. Este hecho se caracteriza por el burocratismo y el proceso técnico legal prolongado, con frecuencia el docente lo enfrenta sin la asesoría jurídica de la institución de salud y/o la institución educativa para la defensa del docente y de la autoridad educativa; lo que produce frustración, apatía y negativa para continuar con su actividad docente.

La formación quirúrgica ha cambiado de forma sustancial desde los métodos halstedianos del siglo XX a la introducción de nuevas plataformas virtuales aplicadas a la medicina. La aparición del *Journal Club* en Estados Unidos de Norte América permite la participación de los médicos residentes en actividades docentes fuera de su horario laboral restringido a 80 horas semanales; las nuevas generaciones de médicos residentes aportan un dominio casi natural de los entornos virtuales fruto del cambio en las prácticas de ocio con videojuegos, métodos de comunicación impensables hasta hace pocos años. En México, la función educadora del médico residente es sustancial en los escenarios clínicos, actualmente el rol del médico residente educador en el imaginario colectivo de la educación médica global todavía no se concreta, existe un largo camino por recorrer[22].

Referencias

1. Touriñan JM. *La relación educativa es un concepto con significado propio*. Redipe Virtual 2014;3(6): 6-41.
2. Quintero GA. *Perspectivas sobre la educación médica en América Latina*. Rev Chil Cir.2014;66(5):412-.13
3. Pozo JI. *Teorías Cognitivas del aprendizaje*. 9 ed. Ediciones Morata: España; 2006
4. López- Valdés JC. Theodor Billroth: *Más de un siglo de su grandeza artística*. Gaceta médica de México. 2014;150(2):184-94.
5. Sánchez Mendiola M. *Liderazgo en medicina: ¿Debemos enseñarlo y evaluarlo?* Inv Ed Med 2015;4(14):99-107.
6. Gimeno – Sacristan J, Pérez –Gómez AL. *Comprender y Transformar la enseñanza*. 5a ed. Ediciones Morata; España : 1996
7. Jiménez – López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico*. Rev Med Int Mex. 2015;53(1): 20-8
8. Siberman P. *El problema de las residencias: cuando un modelo no alcanza a adaptarse a la realidad implica que hay que cambiar el modelo o realidad.* Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(2):5-6
9. Hafferty FW. *Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. acad Med*. 1998 Apr; 73(4):403-7
10. Fortoul-van der Goes TI, Núñez-Fortoul *A. Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el curriculum oculto*. Inv Ed Med. 2013;2(7):119-21
11. Olvera AA, Uribe-Ravel JA, Angeles GU, Carrillo-González AL. *Aptitud clínica posterior a un pase de visita estructurado en comparación con un pase de visita cotidiano en médicos residentes*. Inv Ed Med. 2015;4(14):81-7.
12. Ledezma-Villavicencio LC, Medinaveitia TJ. *Opinión de los médicos internos respecto al residente como educador*. Inv Ed Med. 2015;4(14):55-9.
13. Detsky AS. *The Art of Pimping.* JAMA 2009;301(13):1379-81.
14. Brancati FL. *The Art of Pimping*. JAMA 1989;262(1):89-90.
15. Kischner PA,van Merrienboer JJ. *Do Learners Really Know Best? Urban Legends in Education. Educational Psychologist.* 2003;48(3):169-83.
16. Boschma Jeroen. *Generación Einstein. Más listos, más rápidos y más sociables. Comunicar con los jóvenes del siglo XXI.* España: Ediciones gestión; 2009.
17. Tapscott Dn. Grow up digital. *How the Net Generation is Changing Your World. United Estates of America*: Editorial Mc Grow Hill; 2012.
18. Iblher P, Hofmann M, Zupanic M, Breuer G. *What Motivates Young Physicians? A Qualitative Analysis of The learning Climate in Specialist Medical Training*. BMC Medical Education 2015;15:176-9.
19. Kost A, Chen FM. *Socrates was not a pimp: Changing the Paradigm of Questioning in Medical Education*. Academic Medicine 2015;90(1):20-4.
20. Ruay-Rodrigo O, Fuente R, Gonzalez MR. *La evaluación ante los nuevos paradigmas educativos: retos y desafíos para el docente*. Redipe Virtual 2013;8(28):1-12.
21. Duarte E. *Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller.* Rev. Hosp. Ital. B. aires 2006; 26(2):55-61.
22. Saá AR,Losada RJ, Colina AA. *Enseñanza de la cirugía: tiempos nuevos, nuevos métodos.* Cir Esp 2012;90(1):17-23.

CAPÍTULO
09

EL CIRUJANO GENERAL Y EL CONSEJO DE SU ESPECIALIDAD

Dr. Luis Humberto Ortega León

Introducción

La certificación médica fue hasta 2011 en México, un proceso voluntario, muy diferente a la obtención de un título de licenciatura, es un proceso mediante el cual el profesional médico especialista, demuestra ante sus pares una experiencia o conocimientos en un área determinada de la medicina; a partir de 2011, con la modificación a la Ley General de Salud, pasó a ser un proceso obligatorio. La certificación trata de comprobar un conjunto de conocimientos, habilidades y entrenamiento en cada especialidad o sub-especialidad de la práctica médica, que garantice al paciente una atención de alta calidad.

A través de la historia, y durante miles de años, la profesión médica se desarrolló con médicos "generalistas" que proveían atención diversa, por igual atendían niños, obstetricia, infecciones o practicaban cirugías de distintos campos y complejidades: amputaciones, trepanaciones, cesáreas etc; el advenimiento del siglo XX fue testigo de avances tecnológicos, médicos, quirúrgicos y farmacológicos que motivaron la especialización en diversas áreas del conocimiento médico, la primera guerra mundial (1914-1918) acentuó la necesidad de estándares en la práctica médica y generó también, la necesidad de especialización médica en diversas áreas, la diversidad de técnicas novedosas en cirugía, el acceso a nuevos fármacos (anestésicos, antibióticos, analgésicos) el descubrimiento de los rayos *x* y su aplicación en el campo médico acompañados de la expansión del conocimiento científico, motivaron a muchos médicos a dedicarse exclusivamente a una sola área del conocimiento, situación que trajo consigo algunas ventajas: menos horas laboradas al día, menos llamadas a horas inoportunas, mayor prestigio profesional y mejores ingresos.

El periodo posterior a la primera guerra mundial, generó en los Estados Unidos una explosión de cursos de postgrado cortos, sin control de estándares que forjó grupos de médicos que se autodenominaban especialistas, para este ambiente caótico la respuesta fue el establecimiento de sistemas de residencia médica como el camino o la ruta más confiable hacia la especialización médica, pero, ciertamente la respuesta fue lenta porque se entraba en campos inexplorados, ¿cuántas especialidades médicas debía haber?; esa respuesta es difícil de contestar aún hoy en día, todas las áreas de la medicina se entrecruzan en algún momento, y en los últimos tiempos la super-especia-lización

ha aportado a la confusión, por ejemplo: ¿hasta dónde un médico internista con preparación de 3 o 4 años de postgrado puede atender a un paciente diabético o remitirlo con el endocrinólogo?, ¿debe un ginecólogo tratar la infertilidad?, ¿un cirujano general debe o puede atender patología colo-rectal?. O aquellos especialistas en enfermedades emergentes, novedosas o incurables como el SIDA o el ébola que se "convierten" en especialistas de esa enfermedad como antes los hubo de la sífilis o la lepra, o especialistas mucho más orientados a campos más restringidos de la medicina como: la cirugía endócrina o bariátrica ¿deben formar sus propios consejos de especialidad? El gran riesgo es la sobre regulación.

Historia

El concepto de especialista certificado en oftalmología fue propuesto en 1908 por el Dr. Derrick T. Vail durante su presidencia en la Academia Americana de Oftalmología y Otorrinolaringología, e incluía que todos los médicos especialistas en oftalmología, para ser certificados debían:

1. Completar un conjunto de estándares, educación médica y entrenamiento en oftalmología.
2. Aprobar un examen escrito para ser certificado como especialista en oftalmología.
3. Tener licencia como médico y permiso del estado para ejercer.

Después de años de experimentación y preparación el *American Board of Ophtalmology* se fundó en 1915 con el apoyo de sociedades de oftalmólogos y la sección de oftalmología de la Asociación Médica Americana; el *American Board of Ophtalmology* se convirtió en un modelo a seguir para las demás especialidades; el Board de otorrinolaringología se fundó en 1925, ginecología y obstetricia en 1930 y dermatología y sifilología 1932, éstas fueron las primeras cuatro especialidades en formar sus consejos de especialistas. El modelo se extendió a otros países, por ejemplo, en Inglaterra y sus dominios por medio de los *Royal Colleges*[1,2,3].

En México[4], en 1963, más de medio siglo después, se inició el proceso con la fundación del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, para 1974 se habían formado 15 consejos de otras especialidades médicas que acudieron a la Academia Nacional de Medicina para apoyo y orientación, ésta aceptó actuar como entidad coordinadora y normativa y empezó a otorgar idoneidad; en 1995 se sumó a esta labor la Academia Mexicana de Cirugía, también órgano de consulta del Gobierno Federal y con vocalía en el Consejo de Salubridad General y se convocó a los Consejos de Especialidades Médicas para formar en conjunto, el 15 de febrero de 1995, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) A. C[5].

El Consejo Mexicano de Cirugía General A. C., se fundó a instancias del Dr. Manuel Quijano Narezo, en ese tiempo Jefe de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México quién, junto a 15 profesores de postgrado de la especialidad en Cirugía General del Distrito Federal, a quienes se les reconoce como los miembros fundadores, iniciaron desde 1976 la redacción de los estatutos provisionales y las consultas con autoridades académicas y asociaciones de Cirujanos Generales, finalmente, el 19 de noviembre de 1977 se realiza la Asamblea constitutiva en presencia de 15 cirujanos del Distrito Federal y 15 cirujanos del interior de la República. El primer examen de Certificación en Cirugía General se realizó los días 7 y 8 de diciembre de 1979 en el Hospital General de México.

Justificación

El propósito final de ser un médico especialista certificado consiste en ser útil al interés público promoviendo la excelencia en la práctica médica o quirúrgica; inicialmente, cuando se organizaron los consejos de especialistas, la certificación se realizaba por única ocasión y duraba toda la vida profesional del médico especialista, en promedio 30 a 35 años, sin embargo, la rapidez con la que el conocimiento médico se duplicaba o triplicaba en pocos años ya hacía obsoletos muchos de los conocimientos anteriores e hizo también imposible aceptar una certificación para toda la vida profesional, apareciendo así los procesos de re-certificación (MOC: *maintenance of certificate*) entonces, la re-certificación se propuso para períodos de 6 a 10 años pudiéndose mantener el *status* por examen o participando en actividades de educación médica continua[6].

El proceso de certificación es un ejemplo de auto-regulación donde el gobierno hasta el momento no se entromete y queda el proceso completo en manos de la comunidad médica.

Pero, este solo hecho, la auto-regulación, ¿garantiza la pulcritud del proceso?, ¿qué ha cambiado al hacer obligatorio el proceso?

Al hacerse legalmente obligatorio el proceso de certificación, se exige a todos los recién egresados a certificarse para poder trabajar en su especialidad, eso provoca de inmediato un alza en la demanda de exámenes de certificación, y, además exige a todos los especialistas sin importar en qué momento egresaron a buscar la certificación, ¿están los Consejos preparados para atender la demanda?, aquellos consejos que no previeron y actualizaron sus sistemas seguramente tendrán problemas, aquellos que anticiparon e invirtieron en nuevas tecnologías (*hardware*, *software*, etc.) tendrán menos problemas.

La integración de la Asamblea General del Consejo, de cualquier especialidad, que es el órgano máximo de gobierno, y es básicamente igual en todos los casos, está conformada por los consejeros estatales y de la Ciudad de México, de entre todos ellos se elige una mesa directiva por votación, hasta ahí todo parece ser transparente, sin embargo, la manera como son electos los consejeros, básicamente por recomendación, corre el riesgo de convertir a las asambleas generales en un club de "amigos", donde se llega por "invitación" del presidente o de la mesa directiva, independientemente de la actividad del invitado, es decir, no importa si el candidato esté en activo o retirado, si tiene actividad en Hospitales públicos o privados, si pertenece o no a un centro formador de recursos humanos (residentes), si participa o no en un curso de post-grado, etc. Importa ser amigo o conocido del presidente o de la mesa directiva en turno; el perfil de un consejero debe incluir idealmente:

1. Trabajar en un hospital formador de residentes
2. Formar parte de un curso Universitario de postgrado
3. Ser un médico especialista certificado en activo
4. Ser propuesto por la Universidad, El Colegio de especialistas, y/o el Hospital donde labora.
5. Tener una trayectoria mínima de 10 años laborados desde la conclusión de la residencia
6. Debe estar laborando en el ámbito de su especialidad.
7. Se deben rechazar las recomendaciones de familiares en primer grado como sustituto del consejero que concluye.

Representar a un Estado de la República como consejero en la Asamblea General de cualquier consejo de especialistas, además del prestigio que confiere al consejero, le otorga algunas "facultades" como elegir o recomendar a su sucesor y votar por el vicepresidente; pero ¿qué sucede cuando ese consejero ha sido electo por el cuerpo directivo por ser un consejero a "modo"?, es decir, te elijo consejero y cuento con tu voto; esta situación puede ser más común de lo que se piensa, si la base de consejeros es electa de esa forma, la cúpula (mesa directiva) no tendría el contrapeso de "sus pares" en la rendición de cuentas.

A partir de que el proceso de certificación se hizo obligatorio, los Consejos de especialistas pasaron de ser una autoridad moral a ser una autoridad formal, y con la obligatoriedad de la certificación, se entregó el "monopolio" de la misma a los consejos y junto con ello la libertad de fijar cuotas de inscripción, número de evaluaciones para obtener la certificación, fechas y frecuencia de exámenes, tipos y formatos de exámenes, frecuencia de le re-certificación, etc.; todos los médicos especialistas que egresan año con año deben destinar una parte importante de su ingreso final a pagar los exámenes de certificación, la gran variabilidad que existe en los cobros de las cuotas de exámenes de todos los consejos de especialidad nos hace ver la diversidad de opiniones y "necesidades" que existen al respecto, es urgente hacer transparente la aplicación de las cuotas y mejorar la administración de los recursos o se irá perdiendo autoridad moral sobre los examinados; no debemos perder de vista que los Consejos de especialistas surgieron como una necesidad de validar las capacidades formativas de los especialistas para tratar de garantizar un alto nivel de atención de los pacientes y así deben continuar, son organizaciones NO lucrativas y así deben permanecer, por lo que :

El giro de su actividad no debe de modificarse, certificar, solo certificar.

Los Consejos no son un negocio, son o deben ser una organización al servicio de sus especialistas.

No surgieron para acumular riquezas, deben tener lo necesario para desempeñar su función con seguridad. Las cuotas deben fijarse pensando en el médico recién egresado que debe certificarse.

Disminuir al mínimo las "torpezas administrativas", se debe pugnar por una administración profesional.

Se debe invertir en herramientas de evaluación que hagan más objetiva y clara la certificación, que disminuyan las dudas respecto al resultado, que minimicen el error humano, certificar solo a quien lo merezca. Y, por supuesto, se debe auto evaluar el mismo Consejo.

Promover y practicar la austeridad en el desempeño de las funciones de la mesa directiva y de la asamblea general como una forma de respeto a los agremiados.

Las oficinas del Consejo no son oficinas de empleo para los conocidos del presidente o la mesa directiva en turno, debe contar con personal honesto y capacitado en las funciones que realiza.

No debe ser moneda de cambio para intercambiar posiciones con otras asociaciones médicas, esto, es una forma de corrupción y habla de la calidad moral de quien lo permite.

Conclusiones

El inicio del siglo XXI trajo, al igual que el inicio del siglo anterior, un cúmulo de nuevas tecnologías principalmente de cirugía de invasión mínima y cirugía robótica, antiretrovirales y la secuenciación del genoma humano por mencionar algunos, lo que sin duda ha

impactado la práctica médica moderna, esto mismo, ha propiciado que los Consejos deban adaptar su evaluación a los cambios, hoy en día se piden un mínimo de procedimientos como cirujano para certificarse por ejemplo en cirugía bariátrica, también, la residencia en cirugía general debe capacitar al residente en cirugía laparoscópica básica y avanzada y debe poder medirse el entrenamiento, pero, ¿cuántos centros de formación de especialistas cuentan con los recursos suficientes para lograr ese objetivo? ¿Existe un registro confiable de las cirugías realizadas por los residentes durante su proceso formativo que incluya morbi-mortalidad? ¿Es viable incorporar una parte práctica en el examen de certificación con el objeto de evaluar estas habilidades?

Al igual que a principios del siglo XX, en este siglo, se han desarrollado incontables cursos de postgrado, diplomados, extensión de la residencia por uno o dos años avalados por asociaciones médicas y/o hospitales que tratan de completar la preparación que el médico residente NO recibió durante sus años de especialización, indudablemente estos cursos ocupan un espacio que no ha llenado el centro receptor y formador de residentes.

Los avances científicos no pueden detenerse, no todo está escrito, como tantas veces escuchamos, todos los días se agregan páginas al libro de la ciencia, podemos decidir acompañar el cambio, oportunamente, evaluar los conocimientos e incorporarlos rápidamente, o quedarnos cómodamente rezagados, recordemos que en palabras de Issac Asimov que; "El aspecto más triste de la vida en este preciso momento es que la ciencia reúne el conocimiento más rápido de lo que la sociedad reúne la sabiduría."

Referencias

1. *Forks in the Road The Assessment of Surgeons from the American Board of Surgery Perspective* Jo Buyske, MD. Surg Clin N Am 96 (2016) 139–146
2. *American Board of Surgery, American College of Surgeons, Association of Program Directors in Surgery, et al*. *Statement on Surgical Pre-residency Preparatory Courses*. JAMA Surg 2014;149(11):1198–9.
3. Página web del Consejo Mexicano de Cirugía General A. C. www.cmcg.org.mx
4. Página web del CONACEM: www.conacem.org.mx/consejos-de-especialidadesmedicas.html
5. *Optimizing the Timing of Expert Feedback During Simulation-Based Spaced Practice of Endourologic Skills*. Lee, Jason Young MD, MHPE, FRCSC; McDougall, Elspeth M. MD, MHPE, FRCSC; Lineberry, Matthew PhD; Tekian, Ara PhD, MHPE. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*: August 2016 - Volume 11 - Issue 4 - p 257–263
6. Chapman,WC. *Surgical Training in the United States: Is It Time For a Paradigm Shift?*. (2016); Journal of the American College of Surgeons. Vol. 223, Issue 1, p 1-7.

CAPÍTULO
10

EL MÉDICO INTERNISTA Y EL CIRUJANO GENERAL

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Tradicionalmente estos dos especialistas se han visto como antitéticos: mientras que uno (el internista) intenta resolver los problemas con medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas, el segundo (el cirujano) tiende a resolverlos mediante maniobras quirúrgicas de mayor o menor complejidad. Pero esta distinción es absolutamente artificiosa (como lo son casi todas las divisiones del saber humano). Su origen se encuentra en la necesaria división del trabajo, si bien propicia enfoques con frecuencia bastante diferentes. Como el cirujano es el protagonista de este libro, no me voy a detener en su descripción más que en tanto se tenga que contrastar con la del internista y voy a dedicar estas palabras a hablar de este último y su vínculo con el cirujano.

La medicina interna es una de las cuatro partes en que se dividía el saber médico; las otras fueron la pediatría, la obstetricia y, precisamente, la cirugía. Sin embargo, el término evolucionó y hoy tiene prácticamente dos connotaciones: una como la parte de la medicina que no se resuelve mediante maniobras quirúrgicas, y la otra como la actividad profesional de los internistas. Según la primera, todos los especialistas que no se adiestran en habilidades quirúrgicas se califican como internistas y es el fundamento y requisito para ejercer cualquier especialidad; según la segunda sólo los que cultivan una forma peculiar de atención a los pacientes en la que no los separan por órganos, aparatos o sistemas sino que los ven como individuos completos. Bajo esta perspectiva, el internista (en cualquiera de sus dos acepciones) estudia al paciente y si requiere una resolución quirúrgica llama al cirujano, en cuyo caso este último es sólo un recurso auxiliar de tratamiento.

Pero todos sabemos que las cosas no son así. Los buenos cirujanos tienen una formación suficiente en medicina interna para ser ellos mismos los que estudien al enfermo. Ciertamente a veces se valen de un internista para el manejo de comorbilidades o de los perioperatorios, en cuyo caso es el internista el que funge como recurso auxiliar del tratamiento (o del diagnóstico) para el cirujano.

El caso es que la función del internista es la de ofrecer un abordaje del paciente en su conjunto, como individuo completo y hasta extendiéndose a su familia y su medio laboral. Sus límites son los que él mismo marca; por lo tanto, una cualidad de un buen internista es la de ser autocrítico para distinguir hasta dónde llega y, por supuesto, el discernimiento para

solicitar ayuda cuando se rebasan estos límites. El cirujano es, precisamente, uno de los que proporcionan esta ayuda.

Cuando es el internista el que proporciona ayuda al cirujano, lo puede hacer contribuyendo al diagnóstico de la enfermedad quirúrgica, pero sobre todo ofreciéndole al cirujano un diagnóstico integral del paciente con el que puede planear mejor su terapéutica. También le ayuda en el control preoperatorio de ciertas enfermedades que pueden interferir con la evolución de la cirugía, generalmente diabetes o hipertensión pero también otros síndromes como anemia, trastornos del ritmo, falla renal o hepática. En el periodo transoperatorio el internista puede vigilar al paciente, monitorizarlo y atender las incidencias que ocurran, si bien esta función es realizada generalmente por el anestesiólogo que, con toda propiedad, se le conoce como "el internista de quirófano". En el periodo postoperatorio, el internista puede encargarse del manejo de los problemas extraquirúrgicos, aunque muchos cirujanos lo hacen muy bien sin ayuda, y hoy en día los postoperatorios graves se suelen manejar en las unidades de cuidados intensivos.

Una actividad en la que suelen participar los internistas es en la valoración preoperatorial. Los cirujanos están perfectamente capacitados para hacerla, igual que los anestesiólogos, pero en ciertos ámbitos se prefiere recurrir al internista, ya sea para compartir responsabilidades o para cumplir con requisitos burocráticos o administrativos. Lo más que puede aportar el internista es, precisamente, la visión integral que le permite al cirujano identificar algunos riesgos adicionales y prepararse para eventualidades.

En fin: internistas y cirujanos forman parte de un mismo equipo del que el patrono es el paciente. La formación de cada uno permite visiones complementarias que convergen hacia una mejor atención. Hay que erradicar la artificiosa rivalidad que acaso forma parte del folclore y el anecdotario.

Lecturas Recomendadas

1. Halabe J, Palomo-Piñón S, Flores-Padilla G y col. *La valoración preoperatoria en el adulto*. Gac Méd Mex 1995;131:267-276.
2. Halabe J, Lifshitz A. *Valoración perioperatoria integral del adulto*. LIMUSA. Ed. 3ª. México. 2006.

CAPÍTULO
11

EL PATÓLOGO Y EL CIRUJANO GENERAL

Dr. Carlos Ortiz-Hidalgo

"*It is impossible to do intelligent surgery without a thorough understanding of the pathology of the disease at hand, and it is equally impossible to make an intelligent interpretation of pathology without understanding its clinical implications*"
–Arthur P Stout–

Introducción

Se sabe que algunas especies son inseparables y necesitan estar en pareja siempre, y si uno de ellos se muere o escapa, el otro queda solo y podría morir de tristeza. Pienso que algo así sucede con el binomio Patólogo-Cirujano, pues a pesar de que efectivamente cada uno puede caminar solo el rumbo profesional, es difícil esta separación, pues depende el uno del el otro.

La anatomía patológica se ocupa de los cambios morfológicos del desarrollo y las consecuencias de las enfermedades, cuya finalidad es el diagnóstico de biopsias, piezas quirúrgicas, citologías y de las autopsias. Durante el paso de las historia, fueron médicos generales (Benivieni, Morgagni, Bichat, entre otros) los que fundamentaron la importancia de los estudio morfológico secundarios a los procesos de la enfermedad, y con el paso del tiempo, fueron los cirujanos quienes comenzaron a interesarse en el estudio de las piezas quirúrgicas, para fines diagnósticos. Fue así como se desarrolló la estrecha asociación entre cirujano y patólogo que dio inicio a la patología quirúrgica.

El inicio de la patología quirúrgica

La patología quirúrgica, que es el estudio morfológico de las alteraciones tisulares de pacientes vivos, comenzó a desarrollarse en las últimas décadas del siglo XIX por cirujanos[1]. En Viena, donde Karl Rokitansky (1804-1878) había firmemente establecido la utilidad de la correlación anatomo-clínica al hacer de la autopsia una práctica rutinaria en el ambiente académico hospitalario (se dice que Rokitansky realizó 30 mil autopsias)[2], fue el cirujano austriaco Theodor Billroth (1829-1894) quien escribió uno de los primeros libros sobre patología quirúrgica con ilustraciones microscópicas (Figura #1)[3]. Alemania fue uno de los sitios donde se inició el estudio del material de biopsias para fines diagnósticos. Franz Kiwisch von Rotterau (1814-1852) (Figura #1A), profesor de la Universidad de Würzburg y posteriormente de Praga, estudiaba bajo el microscopio el material que obtenía del raspado endometrial de sus pacientes, y Carl Arnold Ruge (1846-1926) (Figura #2B) originario de Berlín y sobrino de Virchow, utilizó la biopsia como herramienta diagnóstica que llamó "*Stückchen-diagnose*"

que se puede traducir algo así como "idiagnóstico con un pedazo!"[3]. Ruge se desempeñó como director del laboratorio para la investigación microscópica y clínica en el *Frauenklinik en la Charité* de Berlín, y de 1882 a 1912 fue el director de patología del Instituto de Ginecología de la Universidad Frauenklinik. Ruge junto con el joven ginecólogo Johann Veit (1852-1917) (Figura #2C) fueron los pioneros en el diagnóstico microscópico en el campo de la ginecología, y es a ellos a quien se les atribuyen las aportaciones originales en la detección temprana del carcinoma cervicouterino (Ruge C, Veit L. Der Krebs Der Gebärmutter 1881). En un estudio clásico analizaron 23 casos de histerectomías que habían sido realizadas por Carl Schroeder (1838-1887), quien era el ginecólogo más renombrado de Berlín, donde el cérvix uterino tenía diagnóstico clínico de carcinoma. Únicamente encontraron cáncer en 13 de ellos por lo que demostraron que había demasiados casos de cirugías innecesarias. En sus estudios microscópicos, pudieron detectar la diferencia entre una erosión superficial de la mucosa cervical y el carcinoma, e incitaban a los clínicos a usar el microscopio para el análisis de los tejidos obtenidos de sus pacientes. Ruge y Viet, fueron severamente criticados por numerosos patólogos prominentes de la época, entre los que figuraba el gran Rudolf Virchow (1821-1902). Su argumento era que el cáncer solamente podía ser diagnosticado por la presencia de invasión y metástasis en los estudios de la autopsia, y no por la evaluación de biopsias de epitelio superficial[4]. Es curioso hacer notar que Virchow, quien se considera el padre de la anatomía patológica moderna, no mostraba mucho interés en el estudio diag-nóstico de biopsias. Cuando en 1888, analizó las biopsias laríngeas del Káiser Federico III de Hohenzollern (1831-1888) (El emperador de los 99 días), obtenidas por el médico Inglés Sir Morell Mackenzie (1837-1892), dijo que se trataba de un proceso reactivo, y fue Heinrich W. G. Waldeyer (1836-1921) quien al revisar las biopsias, determinó que era cáncer laríngeo: Federico III murió de cáncer laríngeo metastásico[5]. Es muy probable que este error haya sido por la poca experiencia que Virchow tenía en patología quirúrgica. A la negativa para el estudio de "pequeñas biopsias" por parte de los patólogos, Ruge decía que los clínicos deberían de ignorarlos, ¡y hacer diagnóstico ellos mismos![3,4].

Para fines del siglo XIX, los dermatólogos franceses ya realizaban biopsias de lesiones cutáneas. De hecho, el término "biopsia" fue acuñado por el dermatólogo Francés Ernest Henri Besnier (1831-1909), quien a la muerte de Pierre-Antoine-Ernest Bazin (1807–1878), ocupó la dirección del Hôpital Saint-Louis en París. En 1990, publicó lo que es una verdadera enciclopedia dermatológica constituida por 4 tomos titulada "*La pratique dermatologique*", donde definió la biopsia como "*une sorte d' autopsie sur la vivant*" (¡una forma de autopsia de los vivos!)[3,4].

En Inglaterra el personaje prototipo de un "híbrido" cirujano / patólogo fue Sir James Paget (1814-1899) (amigo íntimo de Darwin y Huxley) quien es recordado por diversas descripciones originales, posiblemente las más conocidas son la osteítis fibrosa (1874) y de la "Enfermedad de Paget del pezón" (1877)[5]. Paget, originario de Great Yarmouth, Norfolk, Inglaterra, es considerado junto con Virchow, uno de los fundadores de la patología científica y uno de los personajes médicos ingleses más renombrados y queridos de todos los tiempos[6]. De acuerdo a su maestro Richard Owen (1804-1892), su labor como cirujano fue mejor que la de John Hunter (1728-1793), su domino de la fisiología fue extraordinaria, pero su trabajo como patólogo fue el más sobresaliente[6].

A la muerte de Hunter en 1793, Paget ocupó su lugar académico y su mayor logro fue el de establecer el uso del microscopio para diagnóstico patológico de piezas quirúrgicas en especial para los tumores[7]. En 1836 fue nombrado curador del museo de patología del Hospital St. Bartholomew y posteriormente profesor de patología. Hacia 1841 fue contratado como cirujano en el "Dispensario de Finsbury" y durante ocho años, Paget prácticamente vivió dentro este Hospital. Sus libros titulados *Lectures on Tumours* (1851) y *Lectures on Surgical Pathology* (1853), junto con el de Virchow *Cellulär-Pathologie*, son sin duda, los pilares de la patología moderna[6,7]. Su jornada de trabajo rara vez era menos de 16 o 17 horas, y cuentan que Paget era uno de los mejores oradores de la época. Se decía que las personas se podían dividir en dos: los que habían oído y los que no habían oído hablar a Paget. Se combinó en él un verdadero placer por la vida, una gran fe religiosa y una rectitud intachable[6,7].

Aunque fue por el trabajo de médicos Anglo Sajones que comenzó el uso de la biopsia, fueron los patólogos y cirujanos norte americanos quienes encontraron una aplicación práctica; es decir, a pesar de que la biopsia tiene sus raíces Europeas, en gran parte se convirtió en una técnica norteamericana[1,3].

Es muy probable que el interés de los cirujanos en el diagnóstico microscópico, tanto en Europa como en Norte América, haya surgido por la necesidad de saber inmediatamente si era o no neoplasia y el tipo de tumor al cual se estaban enfrentando durante la cirugía[3]. En los Estados Unidos muchos de los patólogos más renombrados del siglo XX fueron originalmente cirujanos, y los departamentos de patología existieron inicialmente gracias al interés de ellos[1].

Uno de los cirujanos con mayor influencia académica entre los años 1890 y 1935 fue Joseph Colt Bloodgood (1867-1935) del Hospital de Johns Hopkins[1,3] (Figura #3A). Fue él quien en 1893 describió el *carcinoma ductal insitu*, al realizar una mastectomía junto con William S Halsted (1852-1922). Esta observación Bloodgood la describió como: "*...The moment we cut into and pressed on it, there exuded from its surface many grayish-white, granular cylinders, which I called at that time comedos...*". Bloodgood realizaba estudios microscópicos de las piezas quirúrgicas que él mismo quitaba y pregonaba sobre la utilidad de los estudios transoperatorios. Como jefe de la sección de cirugía del "*Southern Medical Association*", hacia 1925 dijo sobre la utilidad del estudio transoperatorio que: "*...Pure comedo-adenocarcinoma is a rare but distinct tumor of the breast, and I am confident it can be recognized on frozen section when explored as a small tumor, removed by cutting through normal breast tissue, and then bisected[8]...*" Además pregonaba que todos los hospitales deberían de tener patólogos quirúrgicos y todo lo necesario para estudios transoperatorios.

En 1927 organizó en Johns Hopkins el primer curso sobre transoperatorios titulado "*Tissue Diagnosis in the Operating Room*", cuyo éxito fue tal que un año después organizó otro que ahora duró tres días, con la participación de 40 cirujanos por día[4,9]. Una vez obtenido el tejido, Bloodgood lo sumergía en formol en ebullición y posteriormente lo congelaba y lo cortaba con un micrótomo con navajas delgadas; el corte obtenido lo teñía con azul de metileno policrómico y utilizaba una tabla con ruedas donde colocaba un microscopio binocular de dos cabezales, laminillas, cubreobjetos, fijadores y colorantes, que transportaba de una sala de operación a la otra. Esta tabla con ruedas fue conocida como "la tabla portátil para estudios por congelación de Bloodgood". Sin embargo, no está claro si fue Bloodgood el

primero en utilizar el estudio transoperatorio o fue un colega suyo de Johns Hopkins llamado Thomas Stephen Cullen (1868-1953)[10], (Figura #3B). Cullen, nativo de Bridgewater Ontario, estudió en Johns Hopkins y en 1892 viajó a Alemania para trabajar al lado del patólogo Alemán Johannes Orth (1847-1923) en la Universidad de Göttingen. Orth fue quien ocupó el cargo como profesor de patología en Berlín, a la muerte de Virchow. A su regreso, Cullen colaboró con William Henry Welch (1850-1934) en el área de patología y estuvo a cargo de la patología ginecológica y fue nombrado profesor de ginecología clínica en 1919. El epónimo de "Signo de Cullen", que corresponde a una decoloración de la piel alrededor del ombligo, considerado como un signo de un embarazo ectópico roto, lleva su nombre. Cullen perfeccionó el estudio de transoperatorio que lo aprendió de William Thomas Councilman (1854-1933), quien es conocido por sus contribuciones al estudio de la disentería amebiana y describió los "cuerpos de Councilman" de la fiebre amarilla. Councilman había estudiado con Virchow en Berlín y había regresado a Hopkins a trabajar en el servicio de autopsias y fue nombrado profesor de Patología de la Universidad de Harvard. Este método rápido por congelación también fue usado 1899 por el famoso cirujano Bostoniano John Collins Warren (1778-1856) (quien fue el primero en operar con anestesia en 1846 en el Massachusetts General Hospital), por James Homer Wright (1869-1928) en McGill, y por Nicholas Senn (1844-1908) en Rush Medical College, entre otros. Pero este método no estuvo exento de críticas. Patólogos tan distinguidos como James Ewing (1866-1943) de la universidad de Cornell en Nueva York, y quien también había sido cirujano militar, tenía sus reservas con respecto al diagnóstico rápido por congelación .

Otro importante "híbrido" cirujano/patólogo que creó toda una era en la patología quirúrgica fue Arthur Purdy Stout (1885-1967)[1,3,11] (Figura #3C). Stout, quien es considerado uno de los iniciadores de la patología quirúrgica norteamericana, fue cirujano (*surgical house-officer*) del Hospital Roosevelt de Nueva York. Durante la Primera Guerra Mundial trabajó como cirujano de campaña en el Ejército de Estados Unidos en Francia y a su regreso, por su interés en el estudio de piezas quirúrgicas fue nombrado Profesor de Patología en 1950. Y a partir de entonces Stout se dedicó en cuerpo y alma a los hallazgos morfológicos de los especímenes quirúrgicos y adquirió una gran experiencia en patología diagnóstica en especial en la patología tumoral. Se desempeñó como director del Laboratorio de Patología Quirúrgica del "Columbia-Presbiterian Medical Center" desde finales de 1920 hasta principios de la década de 1950, y a su lado se formaron muchos de los futuros líderes en la patología quirúrgica diagnóstica[1]. Entre sus alumnos y colegas incluyeron Virginia Kneeland Frantz (conocida por la descripción del tumor sólido pseudopapilar del páncreas- Tumor de Gurber-Frantz), Cushman D. Haagensen (autor de uno de los libros de texto sobre cáncer mamario más importantes), Margaret Murray y Raffaele Lattes, quien lo sucedió como director del laboratorio (Lattes y Haagensen fueron maestros del Dr. Héctor Santiago Payan, una de las luminarias de la patología mexicana, apodado por el Dr. Pérez Tamayo, "el mago de los tumores raros") (Figura #4).

Para entonces había una cierta indiferencia de algunos patólogos generales que se habían formado como autodidactas, y no tenían mucho interés en la aplicación práctica de los hallazgos patológicos a la práctica quirúrgica diaria. Stout dijo que el interés de los cirujanos en la patología: "*...resulted in the development*

of small specialty laboratories manned by hybrids like myself who are partially clinicians and are doing the pathology of a specialty without the proper basic training of the pathologist…"[1,3]

En Europa, la Anatomía Patológica había surgido como una disciplina enfocada predominantemente a los estudios *postmortem*[1]. La patología quirúrgica es una disciplina que comenzó con los cirujanos y al cabo del tiempo, estos cirujanos-patólogos híbridos, fueron reemplazados por patólogos generales que comenzaron a interesarse en el estudio diagnóstico de piezas quirúrgicas, justo como lo que hacían sus predecesores cirujanos, es decir, estos "patólogos quirúrgicos", eran prácticos, estaban interesados en dar diagnósticos rápidos de las piezas extraídas durante la cirugía e identificar parámetros morfológicos que tuvieran importancia diagnóstica, pronostica y/o de tratamiento, a diferencia de los patólogos generales quienes sus intereses eran primordialmente dirigidos a estudios más básicos[1]. Para 1925 en el libro titulado "*Surgical Pathology*" el patólogo canadiense William Boyd, (1885-1979) escribió advirtiendo a los cirujanos: "*Surgery of today is based on pathology. Unless he builds on that solid foundation the surgeon is no better than a hewer of flesh and a drawer of blood*". El prefacio de este libro lo escribió Wi-lliam J Mayo (1861-1939), quien dijo que este libro de patología quirúrgica debería de ser uno obligado para médicos internistas, cirujanos y estudiantes de medicina[12].

El patólogo y el cirujano mexicanos. El Inicio de la Patología quirúrgica en nuestro país

En México sucedió algo similar a lo acontecido en Europa y Estados Unidos, pues al igual que en diversos Hospitales de esos países, fueron los cirujanos (y algunos médicos) los primeros en dedicarse a la Patología. Manuel Toussaint Vargas (1858-1927) fue el primer Anatomopatólogo en el sentido que hoy conocemos[13]. Poblano de nacimiento, estudió medicina en Puebla y se graduó como médico en 1883. Ese mismo año el Presidente de la República Manuel del Refugio González Flores (1833-1883) le expidió el título de Mayor Médico Cirujano de Cuerpo Médico Militar, y fue enviado a estudiar a Europa la Higiene Militar, donde permaneció por cinco años. En Berlín estudió cirugía bajo la tutela del afamado cirujano Ernst von Bergmann (1836-1907), anatomía patológica al lado de gran Virchow, y microbiología nada menos que con Robert Koch (1843-1910), Carl Fraenkel (1861-1915) y Julius R. Petri (1852-1921). Fue interno del Hospital de la Charité en Berlín y recibió el título de médico cirujano de la Universidad de Berlín firmado por el entonces canciller Otto von Bismarck (1815-1898). A su regreso a México, Toussaint fue el primero en realizar una gastrectomía por cáncer gástrico, en el Hospital de Jesús y con ayuda de Rafael Lavista (1839-1900), estableció el museo del Hospital General de San Andrés que se convirtió en 1899 en el Instituto Patológico Nacional. En 1893 ganó por oposición la cátedra de Histología en la Escuela Nacional de Medicina, con una tesis sobre "las celdillas granulosas del tejido conjuntivo" y fue el primer catedrático de Anatomía Patológica de México. El museo anatomopatológico fue inaugurado en 1896 por Porfirio Díaz Mori (1830-1915) y se designó al Dr. Lavista como director y a Manuel Toussaint como anatomopatólogo y bacteriólogo. En 1905, el museo fue transformado a Instituto Patológico Nacional y el primer director fue el Dr. Lavista, pero murió en 1900 y fue reemplazado por Don Manuel Carmona y Valle (1832-1902) quien murió dos años después, cuando fue nombrado director el Dr. Manuel Toussaint, cargo que ocupó hasta la clausura del Instituto Patológico Nacional en 1915. La actividad principal tanto

del museo como el Instituto Patológico Nacional fue el estudio *postmortem* con correlación clínica, de la forma que Toussaint había aprendido en Europa. Para esto, tradujo el manual de patología de Virchow y lo implementó para los estudios *postmortem*. Además Toussaint y colaboradores hicieron una colección de piezas anatómicas para fines de enseñanza, pero realizó poca patología quirúrgica en el sentido que hoy la conocemos (No he podido encontrar evidencia de estudios transoperatorios realizado en ese periodo). Para infortunio de la medicina mexicana, en 1915 por orden ministerial y sin mucha explicación, quedó suprimido el Instituto Patológico Nacional. La sección de bacteriología pasó a depender de la Secretaría de Gobernación y las colecciones anatómicas e histológicas y muchos de los documentos se perdieron. El Dr. Toussaint, regresó a sus actividades clínicas, pero se rehusó a desempañar cargos públicos y se apartó de las sociedades científicas. Después de la clausura del Instituto Patológico Nacional, la Anatomía Patológica entró en un periodo de "latencia" que floreció nuevamente por los años 40 del siglo pasado a la llegada del Isaac Costero Tudanca.

En este periodo de "latencia" hubo varios médicos/cirujanos que se dedicaron parcial o totalmente a la anatomía patológica. Uno de ellos fue el Dr. Tomás Gutiérrez Perrin (1881-1965), quien realizó estudios de patología quirúrgica en el Hospital Francés de la ciudad de México. El Dr. Perrín, oriundo de Valencia, España, se dedicaba primordialmente a la histología pero fue el primero que realizó estudios de patología en el Hospital Francés. Llego a México en 1908 y fue en este país donde permaneció toda su vida. En Madrid, había trabajado en el laboratorio de histología normal y anatomía patológica al lado de Santiago Ramón y Cajal y fue compañero de Pío del Río Hortega (1882-1945). Fue fundador del laboratorio de Histología de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional y profesor y director de la Escuela de Odontología. Además fue miembro y presidente (1932) de la Academia Nacional de Medicina y profesor emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En 1925 apareció en la Gaceta Médica de México un artículo firmado por Tomas G. Perrín y el cirujano Ulises Valdés (1874-1938) sobre la utilidad del estudio transoperatorio[14] (Figura #5) (el mismo año en que Bloodgood, en Johns Hopkins publicó su estudio). Este es el primer informe que he podido encontrar sobre este tema en México. Narran que en una biopsia de mama durante la cirugía, en solo "seis minutos y cinco segundos" pudieron dar un diagnóstico de "epitelioma acinoso" por lo que se procedió a la mastectomía total[14]. Perrin no era el único médico dedicado a la patología en esta época, sin embrago, no había una "escuela de patología" en el sentido que hoy conocemos. Durante este periodo de tiempo es necesario recordar a excelentes médicos dedicados a la patología en México, en forma parcial o total, como Manuel Martínez Báez, Clemente Villaseñor, Maximiliano Salas e Isaac Ochoterena.

Fue el 15 de agosto de 1937 cuando llegó a México Isaac Costero Tudanca (1903-1979) y fundó la escuela mexicana de patología. Costero había trabajado en España al lado de del Rio Hortega y migró a México por los problemas de la Guerra Civil Española. En México fue profesor de Patología de la Universidad Nacional y trabajó brevemente en el Hospital General de México y en 1945 el Dr. Ignacio Chávez (1897-1979) lo invitó a trabajar al Instituto Nacional de Cardiología donde permaneció por más de 30 años. Su monumental libro "Tratado de Anatomía Patológica", en dos tomos, apareció en 1946 y fue el primer texto de anatomía patológica escrito en México. Costero llegó a implementar el estudio de

la anatomía patológica como se hacía en España, es decir, las preparaciones eran hechas por el mismo patólogo y el trabajo era básicamente *postmortem* con pocos estudios de material quirúrgico. Para las décadas de los 40 y 50, médicos mexicanos habían ido a entrenarse en patología a los Estados Unidos de Norte América. Regresaron a México José de Jesús Curiel de los Ríos (1913-1988) (alumno de James E-wing) procedente del Memorial Hospital Nueva York, Mario Alvisuri, Eduardo Murphy Stalk (quien se adiestró en EEUU, y llegó a México a trabajar con el Dr. Costero y permaneció en este país), y después sobresalen Gabriel Álvarez Fuertes, Alfonso Reyes Mota, Eugenia Cardona Lynch y Miguel Topete. Más tarde llegaron Luis Meza Chávez (Ann Arbor Michigan), Edmundo Rojas Natera (Boston), Humberto García-Alonso (Nueva York) y Ruy Pérez-Tamayo. Al regresar a México estos primeros patólogos que se habían entrenado en Norte América, realizaron la patología quirúrgica de la forma como en aquel país se usaba, es decir, implementaron el uso de técnicas histológicas nuevas, estudios transoperatorios y el uso del microscopio electrónico, todo dirigido para el diagnóstico práctico quirúrgico.

Ruy Pérez Tamayo junto con Franz von Litchtenberg fundaron la Unidad de Patología en el Hospital General de México a principios de 1953, de donde floreció la patología mexicana actual. Algunos de los nuevos residentes de Patología de la Unidad de Patología del Hospital General de México, después de hacer su entrenamiento en Anatomía Patológica, fueron a los Estados Unidos a empaparse de diversas nuevas tecnologías. Entre ellos estuvieron Jorge Albores Saavedra, Héctor Ortiz Torres (Clevaland), Héctor Márquez Monter (Clínica Mayo), Héctor Abelardo Rodríguez Martínez (Washington University Medical Center), Raúl Mancilla (Washington University Medical Center) Héctor Santiago Payán (Columbia-Presbiterian Medical Center), Jesús Aguirre García (Universidad de California / Davis), Eduardo López Corella y Cecilia Ridaura (Kansas City), entre muchos otros. Todos ellos eran ya anatomopatólogos de formación. Aquel cirujano dedicado a estudiar sus piezas quirúrgicas se había eclipsado y había nacido el médico dedicado exclusivamente a la anatomía patológica, en el sentido que hoy la conocemos.

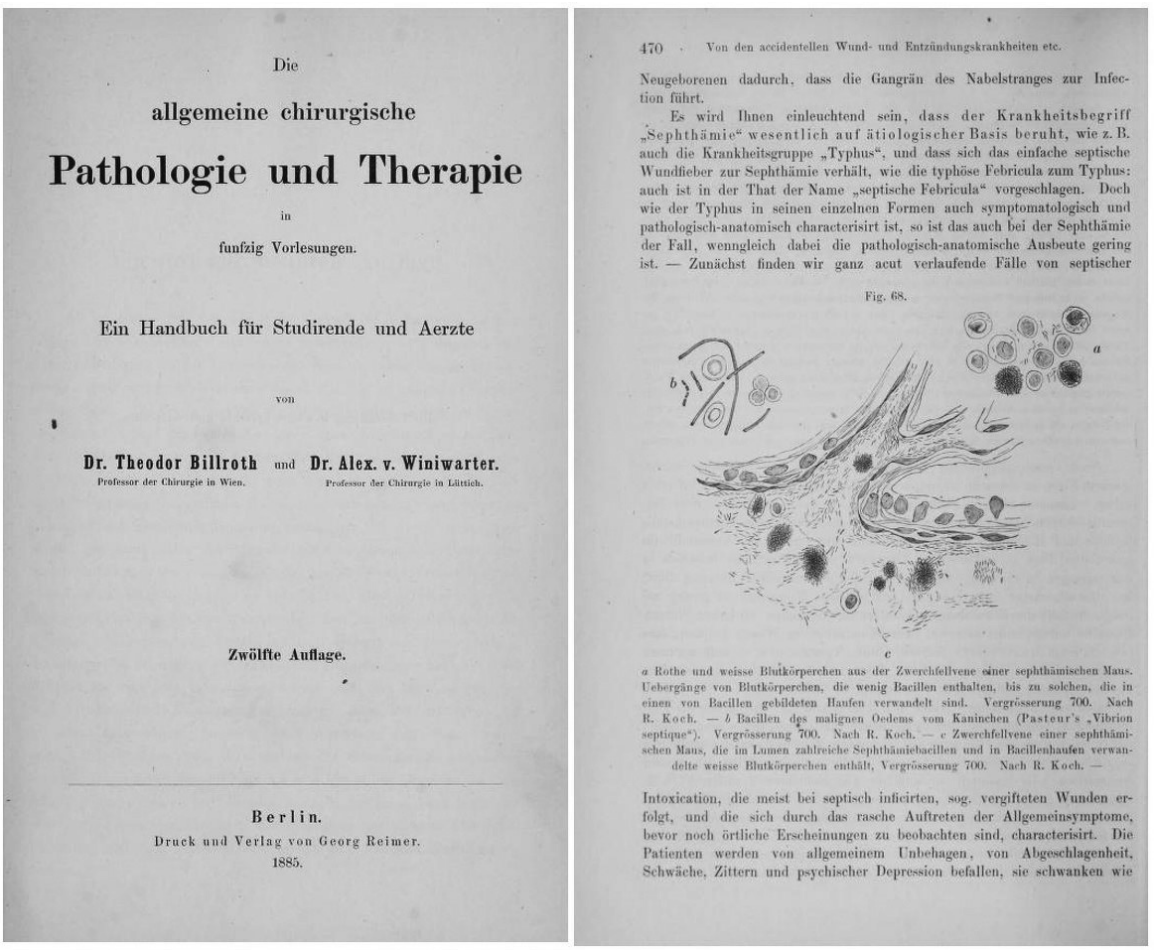
Epílogo

Alrededor de los años 50 del siglo pasado, los laboratorios de patología quirúrgica fueron integrados a los de patología general y así surgieron los actuales departamentos de patología que albergan a médicos entrenados básicamente en la identificación de los cambios morfológicos de la enfermedad, y que se han beneficiado con muchos de los avances tecnológicos como es el uso de diversos microscopios ópticos, del microscopio electrónico, de las técnicas de histoquímica, de la inmunohistoquímica y actualmente de la biología molecular. Como resultado de esta fusión, diversas enfermedades han sido mucho mejor definidas y numerosos parámetros morfológicos, imunohistoquímicos y moleculares, han sido delineados e integrados a los actuales informes de patología

En el binomio Patólogo-Cirujano, actualmente hay incorporados profesionales diversos que incluyen inmunólogos, biólogos moleculares, químicos y bioquímicos, y también existen patólogos o cirujanos “híbridos” que han integrado a su preparación profesional, estudios básicos de inmunología, genética y/o biología molecular, y que trabajan encaminados hacia un mismo fin que es, el beneficio para el paciente.

El diagnóstico histológico actual requiere de la integración de diversas disciplinas básicas y es en los departamentos de patología

donde se ha materializado esta "mescolanza" académica. Como indica el Profesor Juan Rosai en su majestuoso libro *Guiding the Surgeons Hand*, la situación actual es similar en muchos sentidos a la que Virchow y sus alumnos enfrentaron en los albores del siglo pasado, lo que les permitió pasmar sus nombres en la historia de la medicina. A los patólogos el día de hoy se les ha concedido una oportunidad histórica de una magnitud similar, que desde luego, ¡no pueden permitir perdérsela!.



Die

allgemeine chirurgische

Pathologie und Therapie

in

funfzig Vorlesungen.

Ein Handbuch für Studirende und Aerzte

von

Dr. Theodor Billroth und **Dr. Alex. v. Winiwarter.**

Professor der Chirurgie in Wien. Professor der Chirurgie in Lüttich.

Zwölfte Auflage.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1885.

470 Von den accidentellen Wund- und Entzündungskrankheiten etc.

Neugeborenen dadurch, dass die Gangrän des Nabelstranges zur Infection führt.

Es wird Ihnen einleuchtend sein, dass der Krankheitsbegriff „Sephthämie" wesentlich auf ätiologischer Basis beruht, wie z. B. auch die Krankheitsgruppe „Typhus", und dass sich das einfache septische Wundfieber zur Sephthämie verhält, wie die typhöse Febricula zum Typhus: auch ist in der That der Name „septische Febricula" vorgeschlagen. Doch wie der Typhus in seinen einzelnen Formen auch symptomatologisch und pathologisch-anatomisch characterisirt ist, so ist das auch bei der Sephthämie der Fall, wenngleich dabei die pathologisch-anatomische Ausbeute gering ist. — Zunächst finden wir ganz acut verlaufende Fälle von septischer

Fig. 68.

a Rothe und weisse Blutkörperchen aus der Zwerchfellvene einer sephthämischen Maus. Uebergänge von Blutkörperchen, die wenig Bacillen enthalten, bis zu solchen, die in einen von Bacillen gebildeten Haufen verwandelt sind. Vergrösserung 700. Nach R. Koch. — *b* Bacillen des malignen Oedems vom Kaninchen (Pasteur's „Vibrion septique"). Vergrösserung 700. Nach R. Koch. — *c* Zwerchfellvene einer sephthämischen Maus, die im Lumen zahlreiche Sephthämiebacillen und in Bacillenhaufen verwandelte weisse Blutkörperchen enthält, Vergrösserung 700. Nach R. Koch. —

Intoxication, die meist bei septisch inficirten, sog. vergifteten Wunden erfolgt, und die sich durch das rasche Auftreten der Allgemeinsymptome, bevor noch örtliche Erscheinungen zu beobachten sind, characterisirt. Die Patienten werden von allgemeinem Unbehagen, von Abgeschlagenheit, Schwäche, Zittern und psychischer Depression befallen, sie schwanken wie

Figura 1. Libro sobre patología quirúrgica con ilustraciones microscópicas de Theodor Billroth.

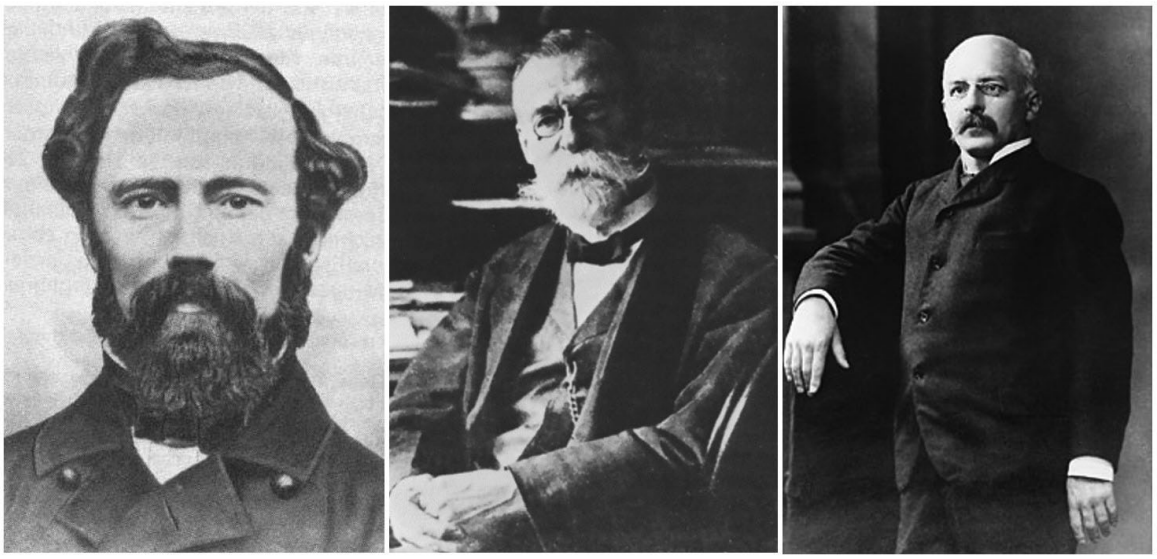


Figura 2. De izquierda a derecha, Franz Kiwish von Rotterau, Carl Arnol Ruge y Jonathan Veit.

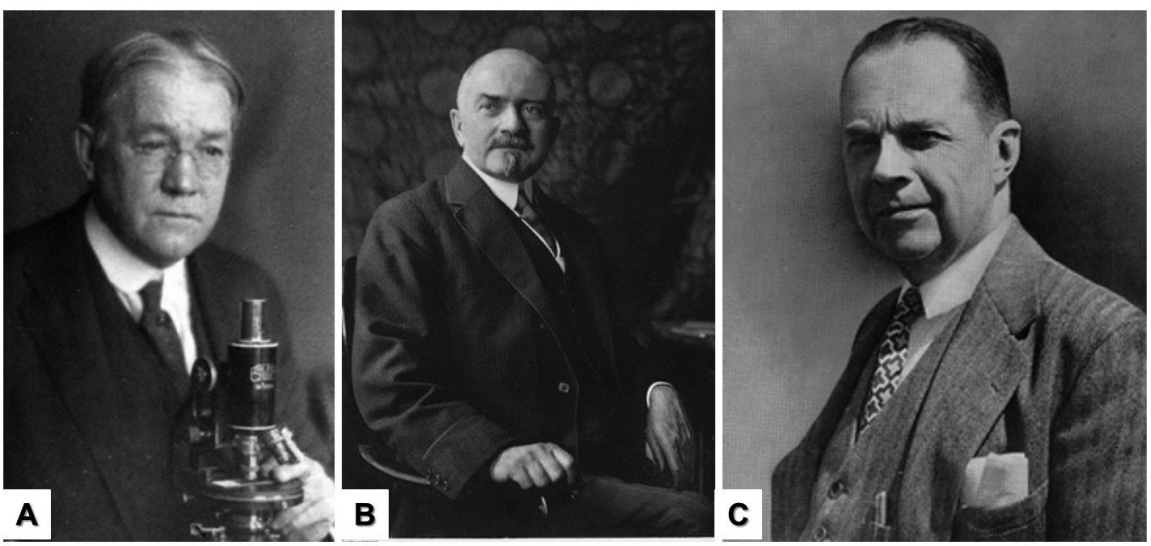


Figura 3. De izquierda a derecha, Joseph Colt Bloodgood, Thoman Stephen Cullen y Johann Veit.

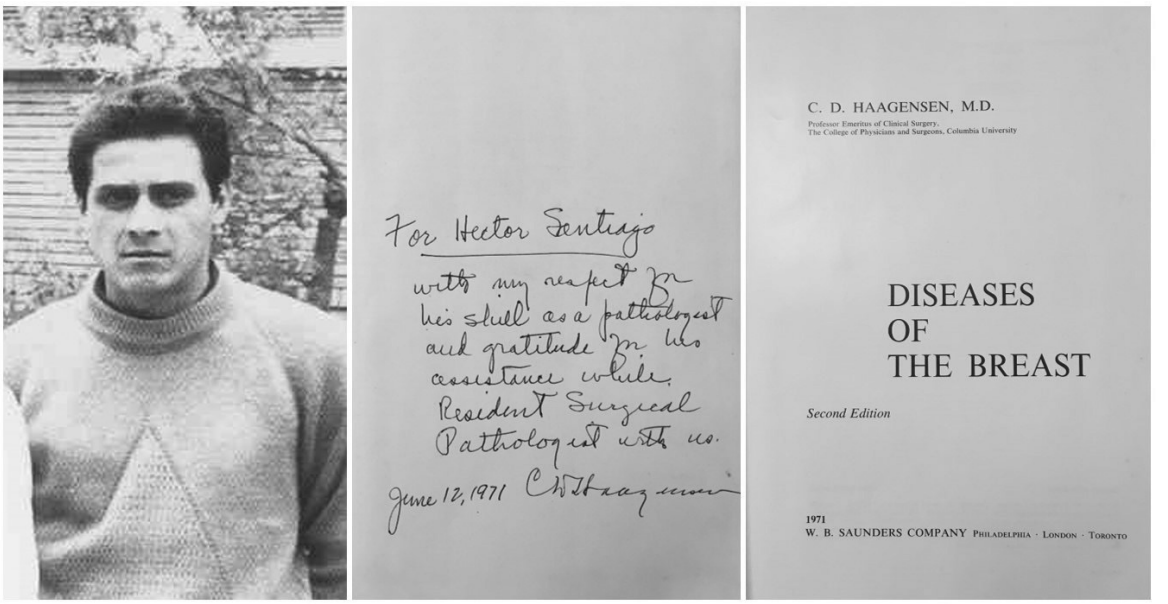


Figura 4. Dr. Héctor Santiago Payán en la época en que viajó a Norte América a trabajar junto con Rafalelle Lates y Cushman D. Haagensen. Libro de enfermedades de la mamá de Haggense, autografiado.

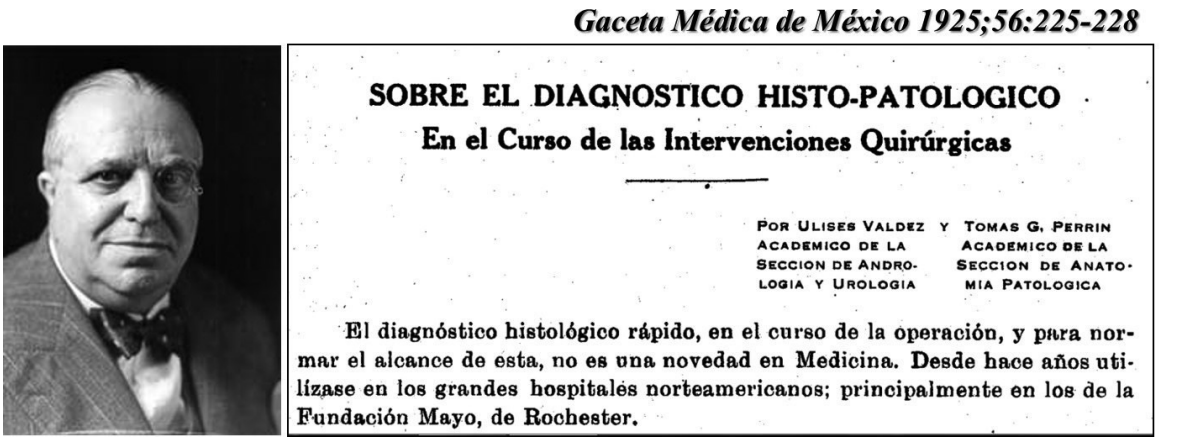


Figura 5. Dr. Tomás Gutiérrez Perrín y la carátula del artículo donde hacen énfasis en la utilidad del estudio transoperatorio. Gaceta Médica de México 1925; 56:225-28.

Referencias.

1. Rosai J. *Some Considerations of the Origin, Evolution and Outlook of American Surgical Pathology Chapter 1.* En: *Guiding the Surgeon Hand. The History of American Surgical Pathology*. AFIP Press 1997; 1-5
2. Ortiz Hidalgo C. *Las 30,000 autopsias En: Narrativa médica de los 15 años de la Academia Nacional de Medicina.* Palabras y Plumas Editores: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Colección de Aniversario 2014: pp 99-108
3. Fechner RE. *The Birth and Evolution of American Surgical Pathology Chapter 2 En: Guiding the surgeon Hand*. The History of American Surgical Pathology. AFIP Press 1997;7-20
4. Wright, J. R. Jr. *The Development of the Frozen Section Technique, The Evolution of Surgical Biopsy, and the Origins of Surgical Pathology*. Bull Hist Med 1985. 59:295–326.
5. Ortiz-Hidalgo C. *The Cancer of the German Emperor and King of Prussia, Frederick III*. J Med Biogr. 1997;5:221-227
6. Ortiz-Hidalgo C, Moreno-Collado C. Sir James Paget. *La enfermedad de Paget y otras contribuciones a la medicina*. Gac Méd Méx 1996;132:631-636
7. Krush, Anne J. "*Sir James Paget's Contribution To Cancer Genetics*" (1973). *Transactions of the Nebraska Academy of Sciences and Affiliated Societies*. Paper 382. http://digitalcommons.unl.edu/tnas/382
8. Bloodgood, J. C. *Biopsy in Diagnosis of Malignancy*. South Med J 1927. 20:18–28.
9. Bloodgood, J. C. *When Cancer Becomes a Microscopic Disease There Must be Tissue Diagnosis in the Pperating Room*. JAMA 1927. 88:1022–1023.
10. Cullen, T. S. *A Rapid Method of Making Permanent Sections From Frozen Sections by the Use of Formalin*. Johns Hopkins Hosp Bull 1895. 6:67.
11. Rosen, G. *Beginnings of Surgical Biopsy*. Am J Surg Pathol 1977. 1:361–364
12. Jacyna LS. *The Laboratory and the Clinic: The Impact of Pathology on Surgical Diagnosis in Glasgow Western Infirmary*. Bull Hist Med 1988;62:384-406
13. Viesca C. Manuel Toussaint. *Un momento en la historia de la anatomía patológica en México.* Patología. Revista Latinoamericana 1986;24:239-252.
14. Valdés U, Perrin TG. *Sobre el Diagnóstico Histo-patológico en el curso de las intervenciones quirúrgicas*. Gac Med Mex 1925;56:225-228.

CAPÍTULO
12

EL CIRUJANO GENERAL Y LA NUTRICIÓN

Dr. Luis Galindo Mendoza

En 1936, un cirujano del Lakeside Hospital de Cleveland, en los Estados Unidos de América (EUA), el Dr. Hiram O. Studley publicó en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA)[1] una serie de 46 pacientes sometidos a gastrectomías programadas por úlcera péptica crónica refractaria al tratamiento médico de la época. Studley se dio cuenta de que la tasa de mortalidad de los pacientes que habían perdido más del 20% de su peso habitual antes de la cirugía era unas diez veces mayor que la mortalidad de los enfermos que habían perdido menos del 20% de su peso habitual. Este trabajo pionero demuestra la preocupación del cirujano –como científico– por optimizar la evolución postoperatoria de sus enfermos.

Sin embargo, 75 años después, en 2011, Grass y colaboradores[2] publicaron los resultados de una encuesta realizada entre 175 servicios quirúrgicos de dos países desarrollados y cultos (Suiza y Austria). El 80% de los servicios que contestaron reconoció que el apoyo nutricional perioperatorio se asocia con una reducción en las complicaciones postoperatorias, y el 59% aceptó que también hay una disminución de la estancia hospitalaria. Sin embargo, solamente en el 20% de los casos se tiene implementado un procedimiento de tamizaje nutricional; las razones argumentadas fueron las restricciones financieras (59%) y logísticas (33%). Además, el apoyo nutricional se administró solamente por 3 a 7 días, por debajo del rango recomendado de 10 a 14 días para el apoyo nutricional preoperatorio, según las guías de la ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*[3,4]). El criterio de la *Joint Commission* en los EUA (y la *Joint Commission International* en todo el mundo) requiere que se realice un tamizaje nutricional en todos los pacientes hospitalizados dentro de las primeras 24 horas de la admisión, con objeto de detectar a los pacientes desnutridos y a los que tienen riesgo de desnutrición[5].

Lo anterior quiere decir que, si bien el cirujano está bien enterado de los riesgos que corren sus pacientes desnutridos, y de los beneficios potenciales del apoyo nutricional, al mismo tiempo se observan situaciones en las que algunos cirujanos demuestran cierta resistencia para llevar a cabo las labores de tamizaje y apoyo nutricional, probablemente por considerarlas “poco quirúrgicas” o complejas.

El cirujano como líder natural del equipo de apoyo nutricional

Si la historia es una guía suficiente, baste con señalar que el apoyo nutricional como lo conocemos actualmente nació entre cirujanos. En los EUA, un cirujano de la Universidad de Washington, Robert Elman, publicó un trabajo pionero en 1939 en la revista JAMA titulado "*Intravenous alimentation*". En la década de 1950, en la Universidad de Pennsylvania, el cirujano Isadore Schwaner Ravdin primero, y el cirujano Jonathan Evans Rhoads, después, utilizaron alimentación parenteral en sus pacientes, con el inconveniente de que no existían soluciones de dextrosa suficientemente concentradas, por lo que debieron utilizar más de cinco litros de solución para proporcionar la energía suficiente a sus enfermos. Un alumno de Rhoads, Stanley J. Dudrick, también cirujano, ideó y llevó a cabo los cambios que convirtieron a la nutrición parenteral en un método viable, seguro y práctico, cuando utilizó soluciones más concentradas y el acceso venoso central por punción de la vena subclavia[6,7].

En México, la nutrición clínica se practica desde muy poco tiempo después de sus inicios en los EUA, y por lo menos en un inicio, estuvo ligada siempre a cirujanos inteligentes y cultos, investigadores de vocación preocupados por algo más que sólo la técnica quirúrgica. Entre los más distinguidos se encuentran sin duda el Dr. Luis Ize Lamache, quien en 1969, y con la autorización de los cirujanos Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo y la ayuda del Dr. Rafael Álvarez Cordero, administró nutrición parenteral en tres pacientes, que fallecieron por sepsis. En el Hospital de la Beneficencia Española, otro cirujano, el Dr. Alberto Villazón Sahagún, inició la Unidad de Terapia Intensiva incluyendo, desde luego, la nutrición parenteral. A finales de 1972, el Dr. Ize acudió al Hospital Hermann de Houston, en los EUA, acompañado de la Enfermera Reyna Ávila para aprender directamente de Stanley Dudrick los trucos y secretos de la nutrición parenteral, y al año siguiente fundó el Departamento de Apoyo Nutricional con la ayuda de algunos Médicos Residentes, como Antonio Carrasco Rojas y Jesús Tapia Jurado en el Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1975, el Dr. Humberto Arenas Márquez funda el Servicio de Terapia Nutricional en el Centro Médico de Occidente del IMSS en Guadalajara, Jalisco.[6,7] Por su parte, el cirujano pediatra Dr. Arturo Silva Cuevas inició el apoyo nutricional parenteral en niños en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS[6,7].

La historia, en fin, apoya la idea de que el cirujano, como líder nato, ha respondido siempre al impulso que le da un paciente complicado, en este caso un enfermo con el tubo digestivo comprometido por una fístula enterocutánea, por un síndrome de intestino corto o por la obstrucción con un tumor en un enfermo que necesita una resección, pero está desnutrido por no poder comer y por los efectos metabólicos de su enfermedad.

La nutrición en el curriculum del cirujano general

El médico Residente que se prepara para convertirse en Cirujano General debe tener la oportunidad de aprender los principios del apoyo nutricional en el paciente quirúrgico. Al principio, el Residente desprecia este aprendizaje porque significa menor oportunidad de entrar al quirófano mientras se entrena en la evaluación del estado nutricional, la toma de decisiones para indicar un manejo nutricional especializado perioperatorio, los cálculos correspondientes y finalmente la prescripción propiamente dicha. Como Cirujano General adscrito a un hospital público de enseñanza en la Ciudad de México, he visto cómo muchos

Cirujanos Generales jóvenes (y no tan jóvenes) buscan desesperadamente aprender lo suficiente para prescribir una fórmula de nutrición parenteral cuando se encuentran con un caso complicado, donde su paciente no puede utilizar el tubo digestivo o, mejor aún, solicitan el auxilio de algún colega que esté más familiarizado con el apoyo nutricional. Dada la estrecha relación entre la Cirugía General y la Nutrición Clínica, considero que todo programa de Residencia en Cirugía General debe incluir al menos un mes de rotación por un servicio de Apoyo Nutricional durante el segundo o tercer año de la Residencia. Además, la calidad de las prescripciones de apoyo nutricional se incrementa cuando el personal de atención a la salud ha recibido educación al respecto[8].

El cirujano general debe ser un experto en el apoyo nutricional

¿Por qué el cirujano está obligado a tener conocimientos de apoyo nutricional? Baste decir que por la naturaleza de las enfermedades que aquejan a sus pacientes, muchos enfermos quirúrgicos están desnutridos. En un estudio colaborativo de Latinoamérica recientemente publicado se incluyeron 7 mil 973 pacientes de 47 hospitales en 17 países, de los cuales 3 mil 81 estaban en servicios quirúrgicos. De estos, el 28% estaba desnutrido, y el 8.4% sufría una desnutrición grave cuando se evaluaron con la Valoración Global Subjetiva, que es una herramienta validada en una gran cantidad de escenarios y países, y que ha demostrado su confiabilidad, a pesar de lo que pudiera sugerir su nombre. Cuando se utilizó el *Nutritional Risk Screening* (NRS) se encontró que el 27.7% de los enfermos se encontraba en riesgo nutricional. Pero lo más importante es que los pacientes con riesgo nutricional tienen una mortalidad de 4.57%, 4.9 veces más alta que la mortalidad de los pacientes sin riesgo nutricional (0.93%9). Con todo, la principal enseñanza que debería adquirir un cirujano durante su entrenamiento, es que se ha demostrado que el apoyo nutricional, administrado de manera adecuada y por el tiempo recomendado, es capaz de disminuir la tasa de complicaciones, los días de estancia hospitalaria, y la mortalidad de los pacientes quirúrgicos, inclusive en los pacientes oncológicos y en estado crítico[3,4].

De ningún modo niego la capacidad intelectual de los médicos especializados en las disciplinas no-quirúrgicas ni la necesidad que tienen sus pacientes de recibir un apoyo nutricional adecuado. Sin embargo, el cirujano convive de manera cotidiana con patologías que agreden nutricionalmente a sus pacientes y los ponen en riesgo de complicarse o morir, a pesar de que el manejo quirúrgico sea técnicamente impecable. El cirujano se enfrenta con mayor frecuencia que sus colegas no-quirúrgicos a situaciones en las que el paciente lleva semanas o meses con ingestas orales insuficientes, por ejemplo por disfagia o dolor abdominal, y que por lo tanto se presentan ya con desnutrición crónica, muchas veces grave, o con pacientes previamente sanos y bien nutridos, pero que por el catabolismo del trauma o la sepsis se desnutren rápidamente en cuestión de unos cuantos días. El cirujano no debe limitarse a sí mismo cuando se trata de adquirir y practicar conocimientos útiles a favor de la mejor evolución de sus pacientes.

Probablemente no es indispensable que un cirujano sea siempre el responsable del servicio de Apoyo Nutricional, pero considero que el cirujano debe mantener el liderazgo en la atención del paciente quirúrgico que requiere de apoyo nutricional, del mismo modo que se reconoce como el líder del equipo quirúrgico en el quirófano.

Existen recursos prácticos para que el cirujano aprenda o se actualice en los conceptos

básicos del apoyo nutricional. De modo semejante al curso ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), diseñado para médicos que no están dedicados a la atención del paciente con trauma, pero que lo capacitan para reconocer y tratar con seguridad las condiciones más básicas del trauma, existe un curso llamado TNT (Terapia Nutricional Total), propiedad intelectual de la FELANPE (Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo), y que en dos días permite que el alumno se entere de las principales indicaciones y contraindicaciones del apoyo nutricional enteral y parenteral, y conozca los catéteres centrales apropiados para la administración de nutrición enteral y las sondas nasoenterales o de gastrostomía y yeyunostomía. Aprende también el manejo básico de las bombas de infusión, la composición de las principales fórmulas de alimentación enteral y de los insumos utilizados en la composición de la nutrición parenteral. Desde luego que este breve curso no convierte al alumno en un experto, pero si puede despertar el interés y el deseo de seguir aprendiendo. En algunos hospitales privados ya se comienza a exigir que los especialistas que prescriben mezclas de nutrición parenteral proporcionen alguna evidencia documental de que han sido capacitados para llevar a cabo este tipo de prescripción.

El apoyo nutricional que todos los cirujanos podemos practicar

En ocasiones se piensa que el apoyo nutricional se refiere a complejos y caros métodos de evaluación que implican siempre costos agregados por exámenes de laboratorio, y que el paciente terminará pagando mucho dinero por las fórmulas enterales o las soluciones de nutrición parenteral. Este tipo de pensamiento lleva a muchos colegas a pensar que el apoyo nutricional debe limitarse a los enfermos más complicados y desnutridos. Nada más falso. Por un lado, el cirujano, como todos los otros profesionales de la salud, debería ajustarse a las recomendaciones basadas en la evidencia, como las que se derivan del protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), que han demostrado que un ayuno preoperatorio de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos es seguro, siempre y cuando no se trate de cirugía urgente o existan trastornos del vaciamiento gástrico, y que la preparación metabólica preoperatoria con una carga de 100g de carbohidratos en la noche previa a la cirugía, y 50g administrados 2 horas antes de la inducción anestésica se asocian con menor resistencia a la acción de la insulina y con preservación de la masa muscular, sin incrementar el riesgo de aspiración.[11] También se ha demostrado que no hay justificación alguna para dejar al paciente en ayuno después de una anastomosis intestinal, y que se puede iniciar con dieta normal (y no con "líquidos claros") al primer o segundo día postoperatorio, sin esperar a la canalización de flatos o a la aparición de ruidos intestinales, sin incrementar el riesgo de dehiscencia o fístula enterocutánea[11].

Tampoco es cierto que solo los pacientes más graves y complicados son los únicos que requieren de algún tipo de intervención nutricional. En un estudio prospectivo, controlado, aleatorizado y doble ciego con 206 pacientes de entre 18 y 75 años, todos con cáncer del aparato digestivo (estómago, páncreas, colon o recto), candidatos a cirugía curativa, se administró, al grupo experimental (104) una fórmula enteral enriquecida con 12.5 g de arginina, 3.3 g de ácidos grasos ω-3 y 1.2 g de RNA en 1.0 L de fórmula, en lo que actualmente se conoce como "inmunonutrición". Se administró 1 L/día por vía oral y por 7 días preoperatorios más comida casera *ad libitum* en el domicilio de los pacientes, y 1.5 L/día por yeyuno (sonda

nasoyeyunal o yeyunostomía, según el caso) durante los primeros 7 días postoperatorios. Al grupo control se le administró una dieta polimérica isocalórica e isonitrogenada de fabricación especial con el mismo sabor, la misma densidad y el mismo color que la dieta experimental. En los pacientes desnutridos, la tasa de complicaciones postoperatorias fue de 38.8% en el grupo control, y de 13.6% en el grupo que recibió inmunonutrición, pero lo que más llama la atención es que en el grupo de pacientes bien nutridos, y que bajo condiciones habituales no habrían recibido ninguna intervención nutricional, la tasa de complicaciones fue de 9.5% con inmunonutrición, en comparación con un 20.5% en el grupo control ($p = 0.05$)[12].

La BAPEN ha publicado un algoritmo en el que incluye recomendaciones no solamente para el paciente desnutrido que será sometido a una cirugía electiva mayor, sino inclusive para el paciente bien nutrido que tendrá una cirugía electiva menor o intermedia (Tabla 1 y 2)[13].

La nutrición como medio de comunicación con otros especialistas

Coincido plenamente con el Dr. José Fenig Rodríguez, Coordinador y Editor de esta obra, y profesor mío durante la Residencia de Cirugía General, en que el Cirujano General es un personaje privilegiado que debe y tiene que relacionarse con muchos otros profesionales de la salud. A lo largo de los últimos años, muchos otros especialistas médicos, quirúrgicos y no-quirúrgicos, se han percatado de la relación que guarda el estado nutricional con la evolución de sus pacientes. Y este fenómeno no se limita a la práctica del cirujano general: el cirujano plástico y reconstructivo se preocupa por que los injertos en un paciente con úlceras de decúbito no se integren adecuadamente en presencia de desnutrición. El urólogo ha aprendido que un paciente sometido a una reconstrucción vesical con un segmento del íleon por cáncer tiene un pronóstico quirúrgico mucho peor cuando el paciente está desnutrido, con riesgo de desarrollar una fístula enterocutánea o una dehiscencia de la reconstrucción. El cirujano bariatra se ha percatado de que el enfermo obeso frecuentemente tiene sarcopenia y desnutrición, y que puede tener deficiencias vitamínicas y de oligoelementos aún antes de ser sometido a una cirugía para control de peso. El ortopedista sabe que el paciente desnutrido tiene menos capacidad de movilizarse en el postoperatorio, y por lo tanto mayores probabilidades de tener complicaciones tromboembólicas o ventilatorias. Y qué decir del cirujano dedicado a la atención del paciente con quemaduras u otros traumatismos. El apoyo nutricional y la nutrición clínica no se ciñen por lo tanto a la práctica de la Cirugía General en cuanto a las especialidades quirúrgicas.

La nutrición es una actividad multidisciplinaria

He afirmado antes que el Cirujano General debe tener conocimientos que le permitan identificar los pacientes que requieren de apoyo nutricional perioperatorio, y que idealmente deberían poder prescribir y vigilar una fórmula enteral o parenteral. Sin embargo, debemos reconocer que existen profesionales de la salud que han seleccionado a la Nutrición como su campo de desarrollo profesional, y no hay nada malo en solicitar su ayuda. Así como el Cirujano depende del Anestesiólogo para el control transoperatorio del dolor, la protección neurovegetativa, la relajación muscular, la ventilación asistida, y tantos otros apoyos vitales que se requieren para que la agresión quirúrgica sea segura para el paciente, del mismo modo el Cirujano General se puede apoyar, en las diferentes fases del apoyo nutricional, en los médicos y nutriólogos que tienen la Especialidad, Maestría o hasta Doctorado en Nutrición

Clínica y que están actualizados en los últimos criterios recomendados para el cálculo de requerimientos y prescripciones nutricionales, en los médicos Radiólogos intervencionistas que instalan con mucha seguridad los accesos venosos centrales, en las Enfermeras especializadas que dan seguimiento al paciente con catéteres venosos o sondas enterales, en las Nutriólogas y Dietistas-Nutricionistas que verifican la composición y adecuación de las dietas y toman las medidas antropométricas del enfermo, o en los Químicos interesados en la nutrición y capacitados en Farmacéutica, que verifican la compatibilidad fisicoquímica de las prescripciones y preparan las mezclas prescritas. Típicamente, de hecho, en muchos lugares del mundo se conforma un Servicio de Apoyo Nutricional, frecuentemente en el seno de un Departamento de Cirugía General. La cabeza de este servicio debe ser un médico, dado que el médico es el único profesional habilitado por la ley para prescribir medicamentos, y las fórmulas de nutrición parenteral y algunas fórmulas enterales especializadas se consideran como medicamentos. Pero un médico no puede llevar a cabo todas las funciones necesarias en un Servicio de Apoyo Nutricional, así que se debe contar con la participación de tiempo completo de por lo menos la Nutrióloga o Dietista-Nutricionista, y la Enfermera Especialista, e idealmente con un Químico-Farmacéutico-Biólogo (QFB).

Conclusión

El cirujano es un profesionista distinguido con múltiples responsabilidades, pero también con numerosos privilegios. Y así debe considerarse la oportunidad de prescribir un medicamento, llevar a cabo una cirugía o indicar un apoyo nutricional. El cirujano no debe ni puede hacer caso omiso a las necesidades de sus pacientes, ni puede evitar esforzarse por tratar de llevar a sus pacientes al quirófano en las mejores condiciones posibles. La intervención nutricional apropiada puede significar la diferencia entre una complicación postoperatoria, la defunción del paciente, o un final feliz, con la recuperación total del enfermo y su reintegración a la sociedad y a la familia.

Tabla 1.

Árbol de decisiones para el apoyo nutricional perioperatorio
1. Paciente bien nutrido

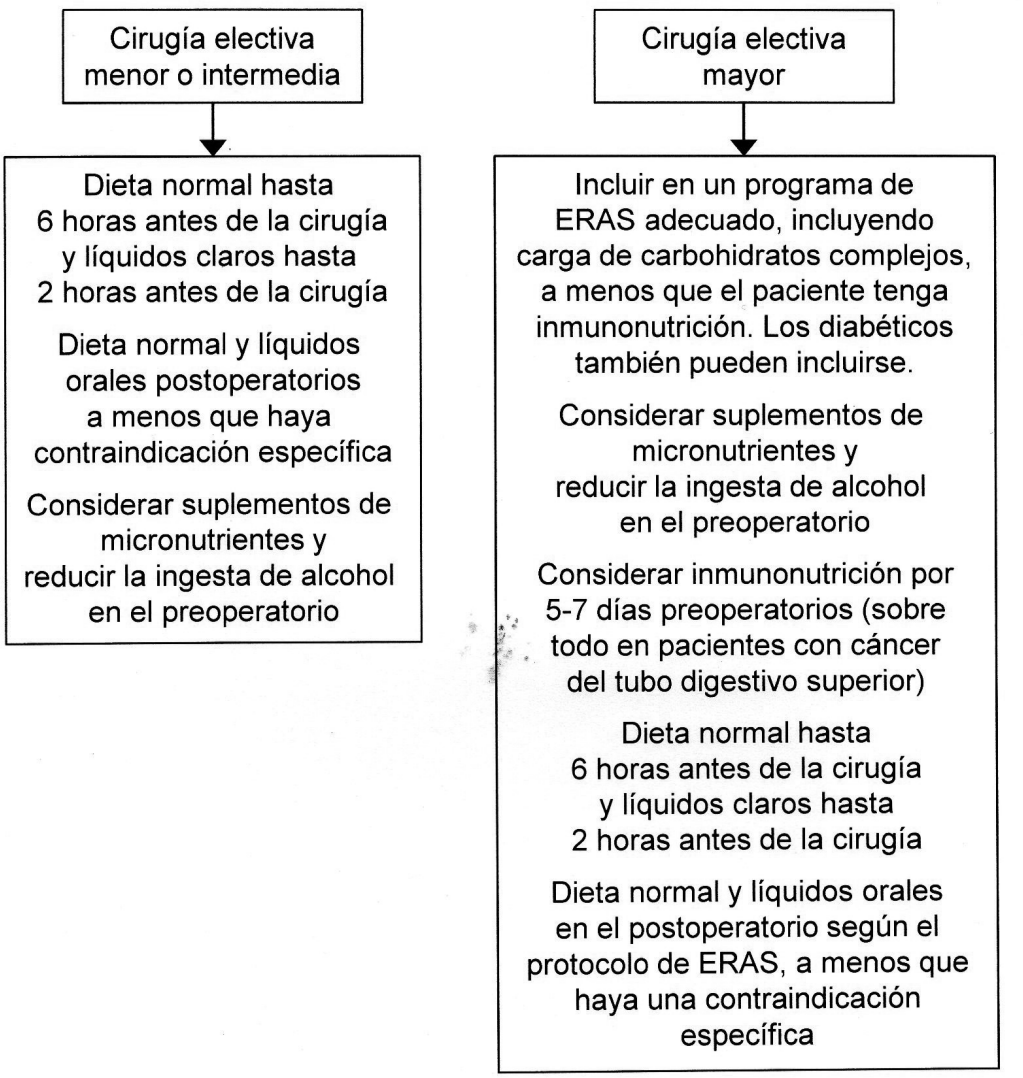
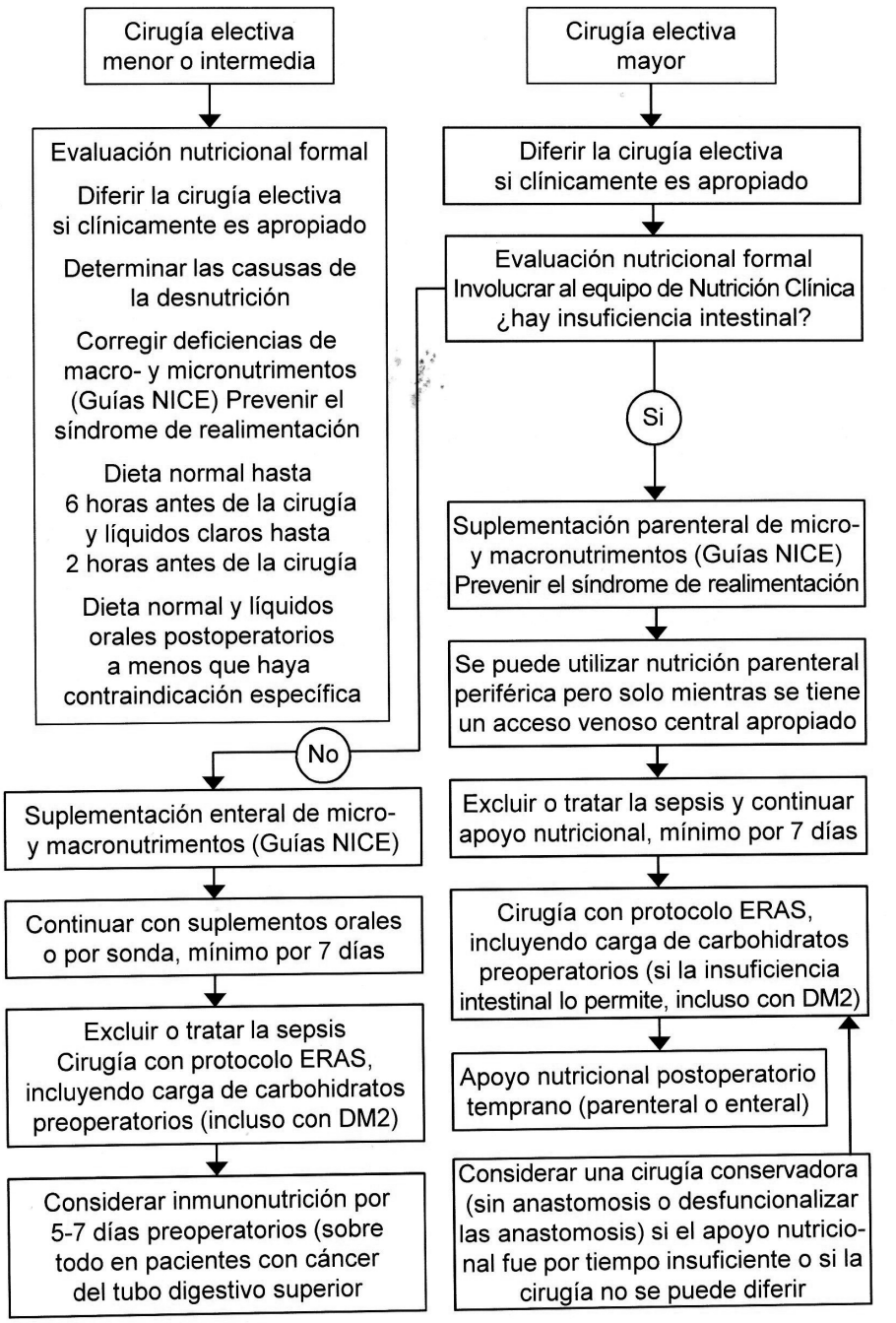


Tabla 2.

Árbol de decisiones para el apoyo nutricional perioperatorio
2. Paciente desnutrido



Referencias

1. Studley HO. *Percentage of Weight Loss: A Basic Indicator of Surgical Risk in Patients With Chronic Peptic Ulcer*. JAMA 1946;106(6):458-60
2. Grass F, Cerentola Y, Schäfer M, Müller S, Demartines N, Hübner M. *Perioperative Nutrition is Still a Surgical Orphan: Results of a Swiss-Austrian Survey*. Eur J Clin Nutr 2011;65:642-7
3. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F. *ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: Surgery*. Clin Nutr 2009;28:378-86
4. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P et al. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery Including Organ Transplantation*. Clin Nutr 2006;25:224-44
5. Mueller C, Compher C, Ellen DM, A.S.P.E.N. *Board of Directors*. A.S.P.E.N. *Clinical Guidelines. Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults*. J Parenter Enteral Nutr 2011;35(1):16-24
6. Ize-Lamache L, Carrasco RJA. *La evolución del soporte nutricional en México*. Cir Cir 2016;84(Supl. 1):1-2
7. Ize Lamache L. *Breve historia del apoyo metabólico nutricional*. En: Tapia-Jurado J, Carrasco-Rojas JA, Ize-Lamache L (Eds.). *Nutrición en el paciente quirúrgico.* Colección Platino. Ciudad de México: Editorial Alfil, S.A. de C.V.; 2009
8. Boullata JI, Gilbert K, Sacks G, Labossiere JR, Crill C, Goday P et al. A.S.P.E.N. *Clinical Guidelines: Parenteral Nutrition Ordering, Order Review, Compounding, Labeling and Dispensing*. J Parenter Enteral Nutr 2014;38(3):334-77
9. Castillo PJC, Gómez GA, Velasco N, Díaz-Pizarro GJI, Matos AA, Miján de la Torre A. *Nutritional Assessment of Hospitalized Patients in Latin America: Association With Prognostic Variables*. *The ENHOLA Study*. Nutr Hosp 2016;33(3):655-62
10. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Cursos FELANPE. [Online]. 2016 [citado 2016 Jun 30]; Disponible en: URL: http://felanpeweb.org/cursos-felanpe/
11. Feldman LS, Delaney CP, Ljungqvist O, Carli F, editors. *The SAGES / ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery*. Cham (Germany): Springer International Publishing; 2015.
12. Braga M, Gianotti L, Radaelli G, Vignali A, Mari G, Gentilini O et al. *Perioperative Immunonutrition in Patients Undergoing Cancer Surgery: Results of a Randomized Double Blind Phase 3 Trial*. Arch Surg 1999;134(4):428-33
13. *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN)*. Perioperative Nutrition Decision Tree. 2012.

CAPÍTULO
13

EL CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA EXTRAMUROS

Dra. María del Carmen Barradas Guevara,
Dr. Eduardo Vázquez Valdés.

"Somos hombres de nuestro tiempo, que tomamos del pasado lo que encierra de herencia, pero tomamos del futuro lo que guarde de promesa"
Ignacio Chávez (1897-1979)

Introducción

En la multiplicidad de contrastes vigentes en la sociedad contemporánea, las particularidades étnicas y culturales de los grupos poblacionales, su situación geográfica, la factibilidad a los avances tecnológicos y científicos, el desarrollo económico que garantiza la prosperidad y el bienestar en la calidad de vida de los habitantes en su ámbito social; son factores determinantes en la oferta de recursos que satisfagan las necesidades personales o sociales que permitan un crecimiento digno de los pueblos y, su carencia favorezca tanto la persistencia de la desigualdad social como la marginación y la pobreza.

En las diferentes etapas del proceso histórico del país, los beneficios del desarrollo económico y social siguen siendo desproporcionales para varios grupos de población tanto en áreas rurales como en zonas urbanas, con el consecuente incremento de la vulnerabilidad que propicia limitaciones en los estándares de vida de la población, entre ellos el de la salud, derecho primordial que garantiza el bienestar integral de la persona, de la familia y de la comunidad.

Desde antaño, disponer de iguales oportunidades de acceso a la salud, sin distingos culturales y económicos, en situaciones de contingencia o simplemente como resultado del aislamiento de los pueblos por las distancias que los separan de las grandes urbes, en las que se dispone de unidades hospitalarias con los sistemas más avanzados para la perseverancia de la salud, ha sido el reto para crear métodos que garanticen una práctica médica con las mismas posibilidades de atención en la oferta de recursos, en la calidad, en la seguridad y en la obtención de resultados de excelencia para los pacientes, que aseguren una medicina equitativa que conlleve a la población a tener el calificativo universal de pacientes de primera y no permita la discriminación de aquellos que por vivir con las limitaciones sociales que acompañan a la pobreza se les considere como pacientes de segunda, a quienes se ofrezca una medicina restringida la cual comprometa la dignidad humana.

Concepto de modificación en el otorgamiento de servicios quirúrgicos de alta especialidad

Como antecedente, los primeros indicios en el cambio de la atención tradicional hospitalaria, fue proporcionada por las guerras napoleónicas en las cuales se ofrecían servicios por medio de ambulancias, literalmente casi al borde de las trincheras en donde se ejecutaban actividades quirúrgicas extrahospitalarias y no en los hospitales de campaña en la retaguardia.[1]

El concepto de cirugía ambulatoria tiene su antecedente en Escocia, en el Reino Unido cuando en 1909, James Nicoll, cirujano del Real Hospital para niños enfermos de Glasgow publicó 8 mil 988 casos ambulatorios realizados en 10 años. Su fundamento era que los pacientes pasaban demasiado tiempo en cama y con muchos gastos hospitalarios, por lo que los enfermos recién operados se enviaron a sus casas para ser atendidos mejor.[2]

Actualmente la Cruz Roja Internacional y otras corporaciones como Médicos sin Fronteras, han desarrollado actividades semejantes; basta mencionar la atención a pacientes víctimas de las guerras modernas y la participación de personal sanitario voluntario, aún en instalaciones hospitalarias semidestruídas.[1]

Asimismo, es bien conocida la colaboración de un sinnúmero de asociaciones médicas, las que por diferentes razones proveen servicios médicos temporales en países en vías de desarrollo.[1, 3, 4]

Cirugía extramuros en México

Año 1935. El Dr. Gustavo Baz Prada (1894-1987) creó por primera vez en México el Servicio Social de los estudiantes de medicina, que consistía en el desempeño de las funciones de médico, durante seis meses, en los más apartados y recónditos lugares del país, precisamente en aquellos donde no había médicos o la proporción de ellos era mínima.[5]

En aquel entonces los estudiantes de medicina cursaban no menos de seis años en su formación, la cual se complementaba a partir del cuarto año con su desempeño como "practicantes", por lo menos en las áreas de pediatría, cirugía, ortopedia, ginecología y obstetricia. Esto sin duda, los preparaba para la práctica general de la medicina, de tal manera que podían actuar antes de haberse recibido como médicos generales "completos". Una vez obtenido el título profesional algunos hicieron subespecialidades en México o en los Estados Unidos de Norteamérica.

La gran mayoría de los especialistas se establecieron en las urbes, quedando descuidadas las poblaciones rurales del país, cuyos integrantes tenían que trasladarse por sus propios medios a las ciudades para su atención. En los servicios públicos la demanda era rebasada por la oferta y, el manejo en el medio privado básicamente inalcanzable para la mayoría de la población, lo que resultaba en la casi imposibilidad de ser atendidos de manera pronta y expedita.

Esas poblaciones recibieron en ocasiones de manera furtiva, la visita de cirujanos y estudiantes extranjeros "médicos del aire", quienes realizaban campañas quirúrgicas, fuera del marco legal nacional estipulado para el desarrollo de estas actividades.[1]

Ante estas prácticas médicas no legales, el importante crecimiento institucional del país y la persistencia de patologías que comprometían la salud de los mexicanos de escasos recursos económicos, quienes por vivir en zonas alejadas, sin seguridad social y sin el conocimiento de dónde podían ser atendidos, no resolvían sus problemas de salud, particularmente los que necesitaban una intervención quirúrgica, o aquellos con problemas de

salud corregibles con un tratamiento médico, los cuales al persistir por años aumentaban su complejidad y en ocasiones se convertían en incurables.[3, 4, 6, 7]

Década de los sesenta del siglo XX

En esta década, se modificaron los programas de estudio en las facultades de medicina del país, introduciendo el internado de pregrado y un año completo del llamado "servicio social". Los médicos graduados hoy día tienen la opción de dedicarse al ejercicio de la medicina general o continuar con estudios de posgrado con el objeto de graduarse como médicos especialistas. Actualmente en el último año de los cursos de especialidad existe la obligación de desarrollar acciones profesionales en áreas rurales como una rotación de campo, hecho que hasta el presente no cubre la demanda.

Con el objeto de proporcionar atención quirúrgica especializada a nivel nacional un grupo de cirujanos liderados por el Profesor y Académico Fernando Ortiz Monasterio (1923-2012) empieza a llevar atención de tercer nivel a las comunidades marginadas del país con el propósito principal de la atención de los defectos congénitos.

Ortiz Monasterio, brillante cirujano plástico mexicano, preocupado por el impacto de las malformaciones faciales neonatales, como lo es el labio y paladar hendido, inició el manejo de estos pacientes, como un servicio voluntario y sin costo para los afectados. Se creó la Unidad Móvil Rural de atención multidisciplinaria para atender a pacientes con deformidades congénitas externas, en particular la de labio y paladar hendido, dependiente de la clínica del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, cuyo principal objetivo era el de acercar el tratamiento especializado a los lugares de residencia de los pacientes. Esta práctica fue seguida por la Dra. Ema Limón en oftalmología, la que se distinguió por la corrección de muchos casos de estrabismo.[3, 4]

A partir de este acontecimiento, el esfuerzo de Ortiz Monasterio se convirtió en un detonante que motivó al gobierno de México y a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a proponer soluciones para la atención de esta carga social, lo que resultó en una cruzada para proporcionar el manejo integral de las malformaciones congénitas faciales, como lo es la fisura labiopalatina.

De 1968 a 1972 la Academia Mexicana de Cirugía establece las "Misiones Médico-Quirúrgicas" sumándose al compromiso social de brindar atención a la población más desprotegida. En 1989, inician las Convivencias Quirúrgicas en las que además de ofrecer servicios de alta especialidad y de tecnología avanzada a la población, fomentan el intercambio de experiencias y aprendizaje entre los equipos de hospitales nacionales y los de las entidades participantes.[1,6,7]

Década de los años noventa del siglo XX al presente

Con la finalidad de sistematizar, normar y regular la atención en campañas quirúrgicas en 1989 se firma la iniciativa entre la Secretaría de Salud a cargo del Académico Dr. Jesús Kumate Rodríguez y la Academia Nacional de Cirugía, lo que sustentó posteriormente la consolidación del Programa Nacional de Cirugía Extramuros en 1991, dirigida por el Dr. Federico Chávez Peón.[1,3,4]

Con el mismo propósito de acercar la atención especializada a las comunidades de mayor pobreza, el personal del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" visitó esporádicamente entre 1983 y 1993 al hospital rural del Instituto Nacional Indigenista (INI) localizado en el municipio de Cuetzalan en el

estado de Puebla. Vale la pena mencionar que este hospital se incorporó en el año 2000 a la estructura hospitalaria de los Servicios de Salud del Estado.[1]

Según el Dr. Isaac Rozen Fuller, Coordinador de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mayo de 1996 se dio inicio a la estrategia Encuentros Médico-Quirúrgicos en los hospitales rurales del Programa IMSS-Solidaridad, con el objetivo "...de llevar servicios médicos especializados a la población rural, en su mayoría indígena que por sus condiciones económicas y marginación geográfica, no ha tenido la posibilidad de atenderse y vive resignada o adaptada a su padecimiento". Esta estrategia se orientó desde su inicio específicamente a atender a personas con padecimientos susceptibles de ser intervenidos quirúrgicamente en la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, a la que con posteridad se sumaron otras especialidades. En 17 años de funcionamiento, han sido valorados por los equipos médicos 156 mil 542 posibles pacientes de los cuales el 16.67% (26 mil 109) requirieron algún tipo de intervención quirúrgica.[8, 9, 10]

En el proceso evolutivo del Programa Nacional de Cirugía Extramuros definido en sus atributos por la extensión de los beneficios proporcionados por tratamientos quirúrgicos vigentes a la población alejada, marginada y dispersa del país, caracterizado por su carácter social y altruista, tuvo un crecimiento sistemático, presencial y progresivo a lo largo del país. Con fundamento en las reformas y lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006) los propósitos de avanzar en la ampliación de la cobertura de atención, el Programa, que cumplía con estos objetivos, se integró a la Dirección General de Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud en 1997 y posteriormente, con la formalización en el 2004 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud quedó englobado como una Subdirección Nacional, en el marco de una de sus "estrategias", con la función de atender a la población más vulnerable y marginada que requiera atención médica especializada.[3, 4, 11]

Cirugía extramuros en el Estado de Puebla (1993-2016)

El desarrollo del sistema nacional de salud en las últimas décadas, se mantiene a la vanguardia en la otorgación de servicios a la población, con la ampliación permanente en la cobertura dirigida a la prevención y a la creación de sistemas que permitan a los pobladores el acceso a la salud en forma equitativa e indistinta en zonas rurales y urbanas. Sin embargo, la persistencia de falta de personal médico en general y en particular de especialistas, limita la atención de los habitantes en su lugar de residencia; lo que aunado a la dificultad para el desplazamiento de éstos hacia los centros hospitalarios por factores culturales, de lengua, sociales, económicos o geográficos origina un rezago en el manejo temprano y oportuno de patologías que obstaculizan el bienestar social.

El Estado de Puebla inmerso en el eje neovolcánico, entre valles y sierras, está constituido por 217 municipios. Con una superficie de 34 mil 251 km^2 y 5 millones 779 mil 829 habitantes de los que el 18.9% son indígenas (nahuas, totonacos, otomíes, popolocas, mazatecos y mixtecos). Se trata de la quinta Entidad Federativa más poblada y ocupa el 4° lugar de los estados con mayor pobreza en el país. Tanto la conformación geográfica del Estado como el conjunto de características que lo definen, son factores que favorecen la prevalencia en la dificultad al acceso a la salud.

El 11 de mayo de 1993 en el Estado de Puebla, se inició un programa consistente en la atención de padecimientos quirúrgicos complejos en hospitales rurales, por un equipo

quirúrgico contratado específicamente para dar inicio al Programa de Cirugía Extramuros dependiente de la Secretaría de Salud de la Entidad, integrado por un coordinador, una cirujana general, un ortopedista, un oftalmólogo y un cirujano plástico, todos ellos certificados por el Consejo de su especialidad, invirtiendo con ello el sistema nacional tradicional de referencia, el cual básicamente obligaba a que los pacientes de comunidades alejadas, predominantemente humildes, analfabetas, monolingües, sin seguridad social y de manera casi general sin recursos económicos, se dirigieran para el alivio de sus "males" a ciudades distantes a su lugar de residencia.

La primera de estas "Jornadas de Cirugía Extramuros" se realizó en el Hospital General del municipio de Tlatlauquitepec enclavado en la Sierra Norte de la Entidad. Por definición, el compromiso del Programa era atender de manera permanente a la población del Estado con mayor vulnerabilidad y en pobreza extrema, que vive en zonas de alta marginación y carece de servicios con atención médico quirúrgica especializada.

En 1993, además de la jornada en Tlatlauquitecpec se efectuaron cuatro más, habiendo participado ocho médicos los que atendieron 14 pacientes (siete de labio hendido y siete de hernias inguinales y umbilicales).

Esta jornada fue el detonante del Programa Cirugía Extramuros en el Estado de Puebla, el que se constituyó durante la gestión administrativa del Dr. Eduardo Vázquez Valdés (n. 1946) como Secretario de Salud del Estado de Puebla.

Desde el inicio se integró como un Programa descentralizado y permanente, respaldado por el Gobierno del Estado a través de los Servicios de Salud. La colaboración interinstitucional de IMSS Oportunidades, el DIF estatal, las presidencias municipales, los Clubes Rotarios de Tehuacán, la Dirección Nacional del Programa Cirugía Extramuros, Asociaciones y Colegios médicos estatales, la Asociación para Evitar la Ceguera y la Academia Mexicana de Cirugía entre otras instituciones, son las que le han dado relevancia al Programa y un enorme impacto social. También ha sido loable la solidaridad y el apoyo de corporaciones privadas como la Fundación TELMEX, lo que manifiesta su compromiso con los más pobres.

Ha sido un programa descentralizado, permanente, diseñado por el propio Estado, el que contribuye a elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de la población con atención especializada de padecimientos invalidantes cuya resolución hasta hace dos meses era meramente quirúrgica, mediante un grupo itinerante multidisciplinario de médicos especialistas, optimización de recursos y el aprovechamiento de la infraestructura hospitalaria existente, ubicada en las áreas rurales de la Entidad, lo que permite el acercamiento de una atención oportuna y eficiente cerca del lugar de origen de la población.

Bajo la programación de una calendarización anual de jornadas quirúrgicas para la captación de pacientes, con el aprovechamiento de la infraestructura hospitalaria existente localizada a lo largo del Estado; en el transcurso ininterrumpido de 23 años de trabajo, se ha contratado un grupo de médicos especialistas responsables de participar en las jornadas, en el área de anestesiología, oftalmología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía maxilofacial, ortopedia y cirugía general; a las que en los pasados cuatro años se sumaron la de cirugía bucal y odontopediatría con el propósito de ampliar la cobertura de la atención y fortalecer el manejo integral de labio y paladar hendido.

Desde hace varios años se consideró la enorme importancia de incorporar al grupo otras especialidades no quirúrgicas, sino el de

incluir especialidades médicas que acudan de manera semejante a las jornadas.

Los óptimos resultados obtenidos al paso del tiempo con la ampliación en la cartera de servicios brindados a la población, permitieron concretar el primero de julio de 2016 la duplicación del número de especialistas existentes y la incorporación de subespecialidades clínicas en las ramas de pediatría, medicina interna y ortodoncia, además de la contratación de ginecólogos y un urólogo. En la siguiente tabla se esquematiza el incremento del número de participantes en las jornadas médico quirúrgicas.

PARTICIPANTES EN LAS JORNADAS MÉDICO QUIRÚRGICAS		
	Numero	
OFTALMOLOGÍA	7	13
CIRUGÍA GENERAL	2	4
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA	1	1
MAXILOFACIAL	2	3
CIRUGÍA BUCAL	1	1
ODONTOPEDIATRÍA	2	2
ORTODONCIA	0	1
GINECOLOGÍA	0	2
UROLOGÍA	0	1
MEDICINA INTERNA	0	1
PEDIATRÍA	0	1
ANESTESIOLOGÍA	4	9
TOTAL	21	42
MÉDICOS GENERALES	0	2
MÉDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL	4	5
ESTOMATÓLOGOS EN SERVICIO SOCIAL	0	2
ENFERMERÍA	1	4

En una percepción de crecimiento continuo, la inclusión de nuevas especialidades, con el consecuente incremento de servicios es un parámetro que propicia la atención médico quirúrgica itinerante en el área rural, la que idealmente deberá estar en el futuro al alcance de todos los habitantes.

De 1993 a junio de 2016 se realizaron 2 mil 734 jornadas quirúrgicas en 36 hospitales comunitarios y generales del sector salud ubicados a lo largo del Estado y, en seis hospitales de IMSS oportunidades (estos últimos lamentablemente sólo se atendieron entre 1993 y 2008), en los que en total se dieron 58 mil 582 valoraciones, a una población con un rango de edad de dos meses a 105 años, de los cuales el 55% son pacientes femeninos. El resultado global de procedimientos efectuados fue de 49 mil 639 intervenciones quirúrgicas: 52% en Oftalmología, 14% de Cirugía General, 16% de Ortopedia y 13% de Cirugía Plástica y Maxilofacial, 5% de Cirugía Bucal y 5% en Odontopediatría.

Su desarrollo ha sido evolutivo hacia el crecimiento, con la estructuración actual de una figura departamental representativa en el Estado, la que por su logística estratégica que comenzó con cinco jornadas al año, ahora realiza más de 200; con la contratación de un grupo médico itinerante para realizar específicamente estas actividades, se garantiza su permanencia y establece el compromiso de brindar una atención periódica a la población con calidad, eficiencia y eficacia, lo que permite el acercamiento de servicios a las comunidades con las mismas oportunidades de atención humana y tecnológica que la existente en las grandes urbes.

A lo largo de 23 años después de haber recorrido más de un millón y medio de kilómetros por todos los rincones del Estado, con el objetivo primordial de servir a quienes más lo necesitan, los resultados son producto del enorme esfuerzo de los que con su trabajo comprometido integran un invaluable equipo en el sistema de salud para el desarrollo de las diferentes acciones que permiten la ejecución de las jornadas: tanto los anestesiólogos y cirujanos que integran el grupo, como el personal administrativo, secretarias, trabajadoras sociales, enfermería, intendencia, personal de cocina, choferes, promotores de salud, integrantes de los municipios y de los DIF estatales, voluntarios, pasantes en servicio social, personal de las jurisdicciones sanitarias, médicos y directivos de los hospitales. En conjunto los diferentes componentes del sistema sanitario representan la esencia que favorece la protección a la salud, con un acceso justo y equitativo para todos.[12,13,14]

Epílogo de una epopeya quirúrgica nacional (1935-2016)

Hemos resumido en unas cuantas líneas lo que ha sido uno de los grandes episodios nacionales de la medicina mexicana, la de asegurar que en todos los rincones del país se pueda proporcionar atención sanitaria a los habitantes de México. A 85 años de haber sido creado el servicio social como parte de la formación de los estudiantes de medicina, hoy se pueden llevar servicios de calidad y excelencia en el ámbito quirúrgico por medio de Cirugía Extramuros.

Su potencial radica, en que edifica un compromiso con la población de mayor vulnerabilidad o en condiciones de pobreza extrema y marginación que carece de atención médico quirúrgica especializada, con lo que se promueve la justicia social por la implementación de alternativas que ofrecen las mismas oportunidades de calidad de vida a la población; acciones de un impacto universal: para el individuo que recibe la atención, para la familia y para la comunidad donde se desarrolla.

El compromiso del cirujano es fundamental con la población a los que atiende, los que por la falta de recursos para el acceso a la salud, viven con limitaciones por enfermedades reversibles y corregibles con un tratamiento específico, escondidos en sus casas o en situaciones de marginación y discriminación las que comprometen su desarrollo integral en la sociedad en la que se desenvuelven; los que con la esperanza de encontrar una respuesta de tratamiento resolutivo a sus carencias de salud tienen que caminar a través de senderos sinuosos por más de cuatro horas para acudir a las jornadas que representan un cambio trascendental en sus vidas.

La creación de un programa permanente y descentralizado, así como el aprovechamiento de la infraestructura del Sistema Estatal de Salud, garantiza una mayor productividad, amplía la calidad en la atención a los pacientes y la cobertura de servicios quirúrgicos e incrementa la capacidad resolutiva de las unidades hospitalarias.

La práctica de cirugía ambulatoria con la atención de los pacientes en su lugar de residencia disminuye riesgos, estancia intrahospitalaria y costos, lo que favorece un manejo temprano y oportuno, el descenso de largas listas de espera y referencias a las grandes urbes; acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Tanto el manejo multidisciplinario de los pacientes desde el nacimiento (labio y paladar hendido) hasta su completa rehabilitación; como la suma de acciones para combatir la discapacidad visual u otras patologías que afectan la salud, representan un reto para mejorar el bienestar y la vida productiva de la población.

Mientras haya lugares marginados donde la pobreza, la carencia educativa y la falta de recursos para el bienestar de la salud sean un obstáculo para el desarrollo de los individuos, estamos comprometidos a buscar métodos más eficaces encaminados a la erradicación de estos problemas.

La extensión de los beneficios de la medicina moderna a la población de mayor vulnerabilidad que reside en las zonas más alejadas de las localidades, proporciona a los profesionales de la salud, el conocimiento de las formas reales de vida de los habitantes, que sufren las consecuencias de la pobreza, la discriminación y el abandono, lo que en sí mismo genera una mayor sensibilización, concientización, solidaridad, altruismo y profesionalismo ético en el trato de los pacientes. Ser parte de Cirugía Extramuros, independientemente del desarrollo profesional que representa, enriquece nuestra calidad humana, de colaboración y capacidad de servicio hacia los demás, con la consecuente comunión fraternal y solidaria de los que participamos.

Llevar la esperanza de vivir y sonreír a la vida con dignidad y sin limitaciones, es lo que justifica la trascendencia de la atención médico quirúrgica itinerante en el área rural, lo que ennoblece el espíritu humanístico de quienes la realizan, con la contribución al desarrollo social y bienestar de los habitantes.

Referencias

1. Vázquez VE, Aceves LE, López VM, Rivas JA, Vázquez BA, Barradas GC. *Práctica quirúrgica especializada en el medio rural en un estado de la República Mexicana*. Cirujano General 2000; 22:18-23.
2. Rojas-Pérez E. *Evolución de la cirugía ambulatoria*. Rev Mex Anest 2012; 35 (S1).
3. Trigos MI y cols. *La Oftalmología mexicana y el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA*. Rev Mex Oftalmol 2002; 76(2):79-82.
4. Trigos MI y cols. *Atención de labio y paladar hendido en la población marginada de México*. Gestión 2000-2003. Cir Plast 2004; 14(1): 44-52.
5. http://info4.juridicas.unam.mx/unijus/cmp/leguniv/rectores/r20.pdf
6. Hurtado-Andrade H. *Convivencias Quirúrgicas 1989-1993*. Academia Mexicana de Cirugía. México, D.F. 1993.
7. Hurtado-Andrade H, Padrón-Arredondo G. *Convivencias Quirúrgicas 1993-1994*. Academia Mexicana de Cirugía. México, D.F. 1994.

8. Cymet-Ramírez R, Vega-Zapata R, Mak-Chong JE, Acevedo-Méndez A. *Experiencia del IMSS en encuentros quirúrgicos de ortopedia en zonas marginadas*. Rev Mex Ortop Traum 1997; 5:358-6.
9. *Encuentros Médico Quirúrgicos. Cirugía Reconstructiva*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1999.
10. Dávila-Torres Javier y colaboradores. *Encuentros Médico Quirúrgicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, experiencia de 17 años*. Cir Cir 2014; 82:690-698.
11. http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/unidades-especializadas
12. *Dirección de Planeación y Programación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla*. Archivos. 1993-2015.
13. *Departamento de Cirugía Extramuros de los Servicios de Salud del Estado de Puebla*. Archivo interno.
14. INEGI

CAPÍTULO
14

EL CIRUJANO GENERAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Dr. Erick Servín Torres

Introducción

El proceso de trabajar en colaboración con un grupo de personas para lograr una meta es lo que se conoce como trabajo en equipo, este es crucial en todos los ámbitos, los colegas necesitamos trabajar en forma conjunta tratando de dar lo mejor de nosotros mismos y usando nuestras habilidades, contruyendo una retroalimentación positiva al trabajo a pesar de cualquier conflicto personal que pueda existir.

El trabajo en equipo en los servicios de salud es un proceso dinámico que involucra dos o más profesionales con antecedentes y habilidades complementarias, que comparten un objetivo que es: el cuidado del paciente.

Ayudar a enfermos con equipos interdisciplinarios en medicina es indispensable y sería muy dificil entender nuestra actividad diaria, sin la labor conjunta de médicos, paramédicos, enfermeras, rehabilitadores, etc... Los profesionales de la salud siempre trabajamos en equipo, desde nuestra actividad en los consultorios, en hospitalización y en quirófano.

Desde la perspectiva del cirujano, a nivel mundial se estima que se realizan 234 millones de cirugías mayores al año, lo que trae como consecuencia que existan 7 millones de pacientes complicados y 1 millón de muertes directamente relacionadas con las intervenciones quirúrgicas.[1]

Los eventos adversos ocurren en 10% de todos los pacientes hospitalizados.[2]

Los estudios de análisis de causalidad demuestran que 70% de los eventos adversos están causados por error humano y muchos de éstos se deben a errores de comunicación y pobre liderazgo, que se refleja en fallas del accionar de los equipos de salud como equipo.[3]

De acuerdo a las guías de buena práctica quirúrgica, publicadas por el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, los cirujanos tienen el deber de promover un ambiente positivo que promueva buenos resultados en su trabajo, todo el trabajo debe ser realizado en equipo y el objetivo principal es el bienestar del paciente.

El cuidado de pacientes requiere que el cirujano esté capacitado y sepa cambiar de su rol de líder del equipo quirúrgico con otros roles necesarios en el proceso de intervención quirúrgica de un paciente. Es importante que conozca los atributos que debe tener un grupo de alto desempeño que ca-racteriza a los equipos de excelencia.

Atributos críticos de los equipos quirúrgicos

Un equipo quirúrgico de alto desempeño se caracteriza por atributos que reflejan la cultura del grupo, existen muchas estrategias para desarrollar estos atributos algunos ejemplos son: construcción de equipos y entrenamientos en manejo de conflictos. Los siguientes atributos son básicos para el desarrollo de un equipo de alto desempeño:

Membresía (Ponerse la camiseta)

Los equipos permanecen unidos para lograr una tarea específica y la selección de los integrantes es muy importante. Los grupos deben formarse con el número correcto de personas con habilidades apropiadas para el cumplimiento de objetivos comunes.

Los miembros deben de estar conscientes de:

- Entender los roles de sus compañeros y el suyo propio
- Tomar en cuenta las contribuciones de todos los miembros y estar seguros que las opiniones de los miembros más jóvenes del equipo sean tomadas en cuenta.
- Respetar los roles, experiencia, competencia y contribuciones de los demás grupos aliados en el cuidado de la salud.
- Respetar al personaje líder en el equipo
- Tener una meta bien establecida
- Mostrar que el objetivo del trabajo en equipo es el bienestar del paciente
- Reconocer la importancia de cada uno de los miembros en el cumplimiento de la tarea
- Tener la confianza de expresar sus opiniones e intervenir en cualquier momento.

Liderazgo *(Nótese líder, no "jefe")*

Los equipos efectivos tienen un líder que otorga una dirección adecuada a los esfuerzos de los miembros del grupo; debe haber muchos líderes, dependiendo de las capacidades de cada uno de los miembros, pero todos deben tener claro quién es el que lleva la batuta en el equipo.

El líder delega responsabilidades en los demás miembros, dependiendo de sus capacidades y gustos.

Un equipo de alto desempeño:

- Define claramente los roles de liderazgo especialmente en situaciones críticas.
- El liderazgo minimiza luchas por estatus dentro del equipo e impide pugnas por el poder entre los miembros.
- El líder actúa apropiadamente dependiendo de la situación.
- Solicita ayuda en forma contínua a los miembros de su equipo, logrando que las decisiones importantes estén basadas en consenso de su grupo.
- Son flexibles, lo suficiente para retractarse y aprovechar condiciones e información nueva.

Comunicación

La comunicación debe realizarse en el momento adecuado, clara, abierta y respetuosa. Es importante que todos los miembros del equipo se sientan en la libertad de hablar en cualquier momento.

El contenido de la comunicación debe enfocarse en compartir información, el líder debe estar seguro de que la comunicación fue comprendida por los demás miembros del equipo.

Deben desarrollarse habilidades en comunicación:

- Escuchar atentamente y permitir que las personas expresen sus pensamientos
- Cuestionar para aclarar
- Checar con el interlocutor que se esté entendiendo lo que estás comunicando
- Expresarse con los colegas en forma constructiva, objetiva y proporcionada.
- Estar abierto a la retroalimentación

- Invitar a los demás miembros a que expresen su opinión

La comunicación debe realizarse correctamente no solo entre los miembros del equipo, sino con los demás equipos de salud, los cuales deben de tratarse como aliados y no como enemigos. Recordar que el objetivo principal y la meta a conseguir es el bienestar del paciente.

Coordinación de tareas

La coordinación efectiva de tareas, requiere la presencia de un líder confiable y que todos los miembros del equipo estén conscientes de su rol dentro del equipo; es importante:

- Que todos los miembros sean responsables de lograr las metas del equipo
- Responsabilidad de su propio desempeño en el logro de tareas
- Los miembros deben ayudarse mutuamente y proporcionar respaldo a los miembros menos capaces.
- Habilidad de adaptarse a situaciones nuevas, resiliencia
- Circulación libre de agendas, información importante, conocimiento, el trabajo en equipo no permite el "egoísmo en el conocimiento"

Los miembros de equipos de alto desempeño deben estar capacitados en la revisión, la reflexión y el aprendizaje en cada uno de sus procesos, por lo que debería ser ideal que realicen las siguientes acciones:

- Aceptar y buscar la retroalimentación sobre el propio desempeño dentro del equipo.
- Revisar los desempeños generales del equipo y saber si están trabajando bien en conjunto.
- Agradecer a los miembros su desempeño cuando éste es el adecuado.
- Buscar sugerencias para lograr mejoras en el desempeño individual y colectivo.
- Escuchar ideas, incluso las mas radicales.

Una forma simple de revisar y reflexionar sobre nuestro papel como miembros de un equipo es realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Qué hice bien?
- ¿Lo pude haber hecho mejor?
- ¿Qué no debo hacer?
- ¿Qué debo continuar haciendo?
- ¿Qué debo empezar a hacer?

Habilidades no técnicas del cirujano

Las habilidades no técnicas en cirugía se definen por Flin como las habilidades cognitivas, sociales y personales que complementan las habilidades técnicas: (teoría quirúrgica y procedimientos) y contribuyen a la seguridad y el desempeño efectivo del profesional quirúrgico.[4]

Fue Yule y colaboradores quienes hicieron operacionales y explícitas estas habilidades técnicas y las convirtieron en marcadores de conducta medibles que se clasifican en 4 categorías:

1. Reconocimiento de situaciones
2. Toma de decisiones
3. Comunicación y trabajo en equipo
4. Liderazgo.[5]

El entrenamiento en habilidades no técnicas en cirugía debería ser un pilar fundamental en la educación de nuestros residentes, ya que se ha demostrado que un número importante de eventos adversos pueden ser evitables y que desarrollar programas donde se enfatice la educación en el trabajo en forma conjunta con otros profesionales de la salud tiene un impacto clínico que mejora los resultados generales de nuestro actuar médico.[6,7,8 y 9]

Efecto del entrenamiento en habilidades no técnicas en cirugía

Las habilidades técnicas de los cirujanos han estado bajo escrutinio en los últimos años, demostrándose que cirujanos sobresalientes con habilidades técnicas muy superiores al promedio, podían provocar daño a sus pacientes.[10]

La forma más fácil de desarrollar y mejorar el trabajo en equipo es con la simulación de eventos críticos[11]. El Colegio Americano de Cirujanos en 2008 ha desarrollado una serie de Competencias relacionadas con el trabajo en equipo

Pocos estudios han tenido como objetivo principal el efecto del entrenamiento en las habilidades no técnicas en cirugía, sin embargo, los resultados han sido alentadores encontrando una mejora significativa en las calificaciones de los instrumentos de medición utilizados y una disminución en los errores técnicos con los pacientes.

Se concluye entonces que la habilidad técnica, la experiencia del cirujano, el uso adecuado de la tecnología en combinación con la habilidad del equipo quirúrgico para trabajar con los mismos objetivos, son los factores que más se relacionan con un mejor desenlace en el cuidado de pacientes.

"Ser un buen médico no significa solamente ser un buen clínico, todos los días los médicos deben guiar, ser líderes del resto de sus colegas y otorgar visión a las organizaciones a las que pertenecen y a las instituciones y gente con las que trabaja".

Comunicación y habilidades de trabajo en equipo

En un estudio retrospectivo de 258 demandas por mala práctica, se demostró que el 24% de los errores durante el manejo de un paciente, se debían a fallas en la comunicación. Los errores de comunicación se solventan con el trabajo en equipo en forma constante y con el trabajo por equipos mutidisciplinarios por mucho tiempo.

Se ha demostrado que los errores en el trabajo en equipo se dan principalmente cuando los pacientes cambian de equipo médico responsable: Cuando se entrega al paciente de quirófano a recuperación o de quirófano a una Unidad de Cuidados Intensivos, o de una Unidad de Cuidados Intensivos a la Guardia que se encuentra cuidando al paciente en piso o cuando el paciente es trasladado de un hospital a otro.

Esto se debe a deficiencias de comunicación que impiden que el trabajo que se ha desarrollado en un sitio: ej. Unidad de Cuidados Intensivos tenga continuidad, logística y eficiencia clínica en otro sitio ej. piso con los médicos de guardia. La entrega del paciente es un buen ejemplo de dónde debe desarrollarse la competencia del trabajo en equipo entre profesionales y equipos ya integrados.

La buena práctica médica dicta que los colegas de otras especialidades deben estar bien informados cuando comparten el cuidado de pacientes[12]. Las competencias desarroladas para entrenar cirujanos en Estados Unidos son:

1. Habilidades de la comunicación
2. Lenguaje en situaciones críticas
3. Comunicación asertiva
4. Comunicación en ciclo cerrado
5. Escucha activa
6. Información y planeación
7. Manejo de recursos
8. Buscar consejo y retroalimetación
9. Copiar actitudes con estrés
10. Toma de decisiones
11. Conciencia mundial.[13]

Ser un buen cirujano es mucho más que tener un "par de manos con habilidad", significa ser un buen jugador en un equipo, el cual escucha y se comunica con pacientes y colegas

y los empodera para que alcancen su mayor potencial.

Mientras que la educación tradicional en Cirugía enfatiza las habilidades técnicas en el cuidado de pacientes con similitud al modelo de "un capitán de un barco", en la cirugía actual se ha hecho necesario un cambio en el paradigma, el cual debe enfocarse por los educadores a un enfoque basado en el paciente, donde la interrelación entre diversos grupos médicos de trabajo permita mejores resultados.[14]

Herramientas en la práctica de la cirugía moderna que evalúan el trabajo en equipo

Debido a las consecuencias catastróficas de los errores quirúrgicos, la sala de operaciones se ha convertido en un sitio de importancia para evaluar el trabajo en equipo; análisis de eventos adversos en cirugía revelan que deficiencias en habilidades no técnicas son importantísimas como factores causales de error durante una intervención quirúrgica.

El trabajo en equipo y las habilidades interpersonales entonces, son sitios donde el educador quirúrgico debería enfocar su entrenamiento. El aprendizaje basado en procedimientos y la evaluación objetiva estructurada de habilidades técnicas son dos herramientas para el desarrollo de dichas competencias.

Sin embargo, el desarrollar herramientas que evalúen el trabajo en equipo es problemático debido a la dificultad para evaluar una conducta tan compleja. Como muchos otros constructos, el trabajo en equipo involucra el dominio de habilidades muy amplias como respeto, integridad, comunicación, responsabilidad que son muy difíciles de evaluar y sobre todo de enseñar.[15]

El trabajo en equipo es complejo, es un constructo como lo son la ética y la deontología médica los cuales, muchas veces se aprenden observando a nuestros maestros, un mentor que no se comunica, que no tiene respeto hacia los demás, que no se responsabiliza de sus pacientes y cuya integridad está en duda es complicado que sirva de ejemplo.

¿Cómo reconocer un equipo quirúrgico que funciona adecuadamente?

Un equipo que funciona adecuadamente debe de tener según Lencioni[16] las siguientes características:

1. Alto grado de confianza
   - Admite errores y debilidades
   - Pide ayuda
   - Acepta preguntas y cuestionamientos sobre su área de responsabilidad
   - Da al paciente el beneficio de la duda, sobre el diagnóstico y tratamiento realizados
   - Toma riesgos y acepta retroalimentación
   - Acepta experiencias de otros equipos interdisciplinarios
   - Se enfoca en situaciones importantes no en política
   - Ofrece y acepta disculpas y dudas
   - Es capaz de trabajar con otros grupos
2. Crítica constructiva durante un conflicto
   En equipos confiables y con aceptación a la crítica constructiva, se puede esperar las siguientes características:
   - Reuniones interesantes con un propósito claro.
   - Explota las ideas de todos los miembros del equipo.
   - Resuelve problemas rápidamente.
   - Minimiza la política y las diferencias de estatus.
   - La mesa de discusión está abierta a cualquier tema.
   - Se enfoca en los problemas, no en los miembros que se quejan.

3. Claridad sobre la razón de ser del equipo. En un equipo funcional todos los miembros conocen cuál es la razón de ser de su equipo, son comunes las siguientes caracteristicas.
   - Claridad de dirección.
   - Alineamiento común de todos los miembros hacia las metas a cumplir.
   - Los miembros aprenden de sus errores y de los errores de los demás.
   - Mejoran constantemente su servicio.
   - Integran nuevos conocimientos.
   - Cambian de dirección sin dudar y sin culpabilidad.
4. Soporte mutuo entre los miembros.
   Los equipos funcionales después de haber desarrollado las 3 características anteriores tienen en común:
   - Se aseguran que los miembros menos capaces se sientan presionados a mejorar.
   - Identifican problemas rápidamente entre los miembros y los resuelven.
   - Establecen respeto entre todos los miembros del equipo quienes están conscientes de los altos estándares que se espera de ellos.
   - Evitan la burocracia, hay una cultura de comunicación abierta donde la retroalimentación es exigida por los líderes.
5. Enfoque en resultados.
   Un equipo funcional después de haber logra do las características anteriores debe enfocarse en el cumplimiento de sus metas.

- Retiene a los miembros que han logrado las características anteriores y no teme al cambio constante en los integrantes del equipo.
- Minimiza la conducta individualista y orientada en el poder.
- Festeja los logros y sufre con las fallas.
- Beneficia a todos los miembros sin favoritismos.
- Evita distracciones.

Estructura de los equipos quirúrgicos

La estructura de un equipo describe la forma en que un grupo de personas, con un fin determinado se estructura. Permite reforzar el entendimiento de los miembros del equipo para entender cuál es el rol que juegan, por lo tanto, refuerza las conductas, metas, papel dentro del equipo, autoridad y responsabilidades de cada miembro.[17]

Para algunas metas, una estructura jerárquica es un diseño de equipo apropiado, sin embargo, para metas más complejas donde se necesita un trabajo más intenso o se necesita que el equipo se adapte a alguna situación estresante, la estructura jerárquica inhibe la creatividad y la resiliencia de los integrantes del equipo, por lo que tiene que cambiarse la estructura piramidal, por un sistema menos lineal.

La ambigüedad en la estructura de un equipo lleva a desacuerdos, peleas con la autoridad, falta de cumplimiento de metas, y confusión en papeles y responsabilidades de los miembros de un equipo, lo que dificulta el accionar y trae como consecuencia fallas en la comunicación y errores, los cuales en una sala de operaciones trae consecuencias catastróficas para los pacientes.

La estructura de los equipos quirúrgicos no está estandarizada y varía de acuerdo a la familiaridad con que los miembros trabajan, es por esto que se recomienda que los equipos de trabajo sean fijos y no movibles. La efectividad de un equipo de trabajo mejora sustancialmente cuando cada miembro entiende el papel que juega, aquí la importancia de que los integrantes sepan cuál es el objetivo del grupo, cuáles son las acciones que tiene que hacer para lograr el cumplimiento de dicho objetivo, cuándo debe de hacerlas, dónde debe situarse y cómo debe comportarse.

El cirujano entonces debe desarrolar las siguientes habilidades técnicas para que su accionar en equipo sea eficiente:

1. Cooperación, en términos de atender lo qué necesitan los demás miembros del equipo.
2. Comunicación, en términos de contenido y claridad de la información que intercambia.
3. Coordinación, en términos de intercambio de objetos e información
4. Liderazgo, en términos de efectividad en el control del equipo
5. Monitoreo, en términos de la evaluación que los integrantes del equipo deben de realizar unos a otros.[18]

Los cirujanos también deben ser capaces de reconocer cuando un equipo quirúrgico es disfuncional, ya que solo así podrá modificar la situación. Las características son:

1. Ausencia de confianza, los miembros no confían uno en el otro, ni admiten sus debilidades.
2. Miedo al conflicto, existe una armonía artificial, todos tienen miedo a la discusión, existe un clima competitivo donde las metas comunes no son lo importante y los miembros cuestionan la competencia de los demás.
3. Falta de compromiso, los integrantes del equipo no estan comprometidos con el trabajo en conjunto, ni con alcanzar las metas.
4. Evitar la responsabilidad, los miembros de un equipo tienen estándares mediocres, los integrantes no discuten sus errores.
5. Falta de atención a los resultados, ni el líder ni los integrantes se enfocan en las metas como equipo y están más atentos a su propio estatus y ego.[19]

Un ejemplo de un trabajo en equipo exitoso es el realizado por el Dr. Eduardo D. Rodríguez MD, FACS y su equipo de más de 100 profesionales de la salud en el Langone Medical Center en la ciudad de Nueva York, donde dicho doctor hizo un trasplante facial dándole a su paciente Patrick Hardison de 41 años una nueva vida.

Este trasplante establece nuevos estándares en el cuidado de la salud, estableciendo el ideal donde un líder coordina los esfuerzos de un equipo múltiple, donde el enfoque centrado en el bienestar del paciente es ejemplar.

El señor Hardison llegó al Lanone en Nueva York después de 70 operaciones y lo primordial que se realizó fue "escuchar al paciente", el siguiente paso fue desarrollar un equipo multidisciplinario de más de 100 miembros donde trabajaron cirujanos plásticos, cardiólogos, anestesiólogos, trasplantólogos, inmunólogos, trabajadores sociales, especialistas en bioética, psiquiatras y enfermeras.

El secreto para lograr el éxito en un trasplante de estas características se basa en el abordaje enfocado en el paciente, privilegiar el trabajo en equipo antes que la tecnología y despúes en tener los recursos necesarios y entonces aplicar la tecnología disponible.[20]

Referencias

1. T.G. Weiser; S.E. Rogenbogen; K.D Thompson. *An Estimation of the Global Volume Surgery: A Modelling Strategy Based on Available Data*. Lancet 372 (2008): 139-44.
2. C. Vincent, G. Woloshynowych. *Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review*. BMJ 322(2001):519-19.
3. Gawande AA, Zinner MJ, Studdeer DM, Brennan TA. *Analysis of Errors Reported by Surgeons at Three Teaching Hospitals*. Surgery 133(2003); 614,21.

4. Flin RH, O'conor P, Crichton M. *Safety at the Sharp end: A Guide to Non-technical Skills*. Ashgate, Burlinton 2008.
5. Yule Y R, Flin R, Maran N, Rowley D, Youngston G, Paterson S. *Surgeon´s Non-Technical Skills in the Operating Room: Reliability Testing of the Notss Behavior Rating System*. World J Surg (2008; 32:548-56.
6. Young-Xu Y, J Neily, Mills PD, Carney BT, West P, BergerDH, Mazzia LM, Paull DE, BagianJP. *Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Morbidity*. Arch Surg Chic Ill 1960;6:13673.
7. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP (2010) *Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality*. JAMA 304:1693–1700.
8. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K (2011) *Interventions to Improve Teamwork and Communications Among Healthcare Staff*. Br J Surg 98:469–479.
9. Gordon M, Darbyshire D, Baker P (2012) *Non-Technical Skills Training to Enhance Patient Safety: A Systematic Review*. Med Educ 46:1042–1054.
10. Agha R, Fowler A, Sevdalis N(2015). *The Role of Non-technical Skills in Surgery. Annals of Medicine and Surgery*. 4: 422-27.
11. Gjeraa K, Spanager L, Konge L Petersen R, Ostergaard D(2016) *Non-technical Skills in Minimally Invasive Surgery Teams: A Systematic Review*. Surg Endosc. 2016; 11
12. S.O. Rogers Jr., A.A. Gawande, M. Kwaan, A.L. Puopolo, C. Yoon, T.A. Brennan, D.M. Studdert, *Analysis of Surgical Errors in Closed Malpractice Claims at 4 Liability Insurers*, Surg 2006, 140:25-40.
13. Meier A. *Team Training in Surgical Education: The Successful Surgeon the Futures Needs to Be a team Player*. https://www.facs.org/education/resources/rap
14. Meier A, Boehler M, McDowell C, et al. *A TEAMSTEPPS-Based Surgical Simulation Curriculum Improves Team Skills in Senior Medical Students. In: 97th Annual Congress of the American College of Surgeons.* San Francisco, CA, 2011 Whittaker G, Abboudi H, Shamim M, Dasgupta P, Ahmed K*, Teamwork assesment tolos in modern surgical practice: A Sistematic Review*. Surgery Research and Practice 2015 1-11
15. Lencioni PM. *The Five Dysfunctions of a Team. San Francisco: Jossey-Bass; 2002*. Rouse WB, Cannon-Bowers JA, Salas E. *The role of mental models in team performance in complex systems*. IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics—Part A: Systems and Humans. 1992;22:1296.
16. Healey A, Undre S, Vincent C. *Defining the Technical Skills of a Teamwork in Surgery*. Qual Saf Health Care. 2006; 15: 231-4
17. *Face forward: Transplant Surgeon Overcomes Challenges With Teamwork and Technology*. Bulletin of the American College of Surgeons. 2016

CAPÍTULO
15

LA SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y DESTREZAS QUIRÚRGICAS

Dr. Jesús Tapia Jurado
Ana Fernanda Vázquez Rodríguez

La SIMULACIÓN es una metodología de entrenamiento para la adquisición de habilidades y destrezas quirúrgicas que reproduce la realidad en un ambiente controlado y seguro. Su objetivo fundamental es adquirir y/o mejorar las competencias psicomotrices, aunque también apoya en consolidar las competencias de comunicación, coordinación, profesionalismo y liderazgo[1]. Se puede utilizar en pregrado, posgrado y en educación continua.

En los últimos años la simulación se encuentra en auge ya que para completar la adecuada formación de un cirujano científico no solamente debemos impactar en el saber (trasmitiendo conocimientos actuales y basados en evidencias), sino sobretodo en el saber hacer (adquiriendo el futuro médico especialista habilidades y destrezas quirúrgicas mediante estrategias educativas de vanguardia como es la simulación), e impulsando el ser, mediante una formación responsable, comprometida y solidaria, en pocas palabras ética.

Desde hace más de cien años el Dr. William Halsted concibió la idea de que requerimos a un cirujano científico, que es aquel que hace un análisis sistemático y crítico de las condiciones de su paciente, tiene suficientes habilidades y destrezas quirúrgicas y también investiga, produce, innova y trasmite el conocimiento en un ambiente humanista, indudablemente todo ello para beneficio de su paciente y la sociedad[2]). Además, con el transcurso de los años, es cierto que la cirugía se ha hecho menos traumática y mutilante, más funcional y anatómica pero sobretodo más segura.

Para arribar al Siglo XXI, la cirugía a tenido que enfrentar múltiples retos. Entre los que destacan:

1. Crecimiento exponencial de conocimientos. No es igual el cirujano formado hace 50 años al actual, los conocimientos, las técnicas quirúrgicas y los desarrollos tecnológicos han cambiado radicalmente. Los grandes avances del siglo pasado en apoyo al enfermo quirúrgico fueron: los antibióticos, el uso fragmentado de la sangre, el manejo intensivo del enfermo grave, el

apoyo nutricional en el paciente catabólico y la cirugía de mínima invasión para disminuir el trauma quirúrgico. También, en los últimos años se avanza en imagenología radiológica, endoscopía en todas las especialidades y específicamente la cirugía a distancia y la robótica.

2. Por lo antes expuesto, también existen nuevos caminos en las estrategias educativas para trasmitir los conocimientos y habilidades quirúrgicas, por lo que han surgido: planes de estudio por competencias, aprendizaje basado en problemas, medicina basada en evidencias, enseñanza centrada en el alumno, telemedicina, informática médica y la SIMULACIÓN.
3. También se está ejerciendo presión para cambiar la actitud que a través de los años se les ha influído a los residentes: trabajo intenso por periodos largos y contínuos, dormir poco y realizar múltiples tareas. No quiere decir que sea malo, lo que es cierto es que son nuevas generaciones de residentes con retos diferentes. Existen algunas evidencias de que tal comportamiento es causa de eventos adversos en los pacientes y que los residentes se ven afectados en sus conductas y capacidad de trabajo[3]. Por lo tanto, existe una corriente que está trabajando en disminuír cargas de trabajo en los residentes, disminuír guardias y tiempo en el hospital, cambiando a sesiones de discusión interactivas y adquisición de habilidades y destrezas por SIMULACIÓN.
4. Existen investigaciones educativas en diversas publicaciones que obligan a ser atendidas, como los que reporta el Dr. Matter[4], donde encuesta a diversos hospitales universitarios y concluye:
   a. Los directores de cursos de cirugía mencionan que el 21% de residentes egresa sin estar preparados para operar.
   b. El 30% es incapaz de hacer por sí mismos una colecistectomía laparoscópica.
   c. El 24% no es capaz de identificar tempranamente signos de complicaciones.
   d. El 66% no pudo realizar un procedimiento mayor de 30 minutos sin supervisión.
   e. Con referencia y en particular a las habilidades laparoscópicas:
      - El 56% no es capaz de suturar.
      - El 30% manipula en forma traumática los tejidos.
      - Y el 26% no es capaz de reconocer los planos anatómicos.

Por lo tanto, requerimos ajustar nuestras estrategias educativas en cirugía y como menciona el Dr. Vázquez M.; "la educación del cirujano moderno debe ser científica, actualizada, humanística y social, pero sobretodo ética"[5]..

Y como nos dice Bedolla en sus principios básicos y éticos del aprendizaje:

a) El alumno debe contar con las estrategias y tecnologías de aprendizaje adecuadas para retener y realizar lo aprendido, en este rubro destacamos a la simulación.

b) El alumno debe contar con el tiempo suficiente para lograr aprender y realizar lo enseñado.

c) La enseñanza y las habilidades deben estar centradas en las dudas, necesidades y características del estudiante.

La simulación, siguiendo las experiencias de Fitts y Posner, nos señalan que requiere avanzar en forma progresiva y compleja sobre tres etapas[6]:

1) Etapa cognitiva. En donde se le enseña al alumno en qué consiste la habilidad, cómo se debe de realizar y qué tipo de equipo o desarrollo tecnológico requiere.

2) Etapa integrativa. En donde el alumno practica en diferentes simuladores hasta que la habilidad se obtiene; y donde pudo tener

errores que se corrigieron sin daño alguno y repitió el procedimiento tantas veces fue necesario hasta que se estandarizó.

3) Etapa autónoma. En donde el estudiante ya realiza la habilidad manual adquirida en una forma rutinaria y segura, por lo que en el momento quirúrgico ya no distrae su atención en cómo se realiza el procedimiento (manejo atraumático de tejidos, destreza bimanual, percepción de profundidad, nudos quirúrgicos, manejo de engrapadoras, etc.). Por lo tanto, dedica toda su atención en la técnica quirúrgica específica y en las condiciones generales de su paciente. Ver Cuadro 1.

ETAPA	CARACTERÍSTICAS DEL APRENDIZAJE
COGNITIVA	TEÓRICO
INTEGRATIVA	PRÁCTICO
AUTÓNOMA	RUTINA

CUADRO 1. Se señalan las etapas de la simulación y el tipo de conocimiento y habilidad adquirida.

Los objetivos fundamentales de la simulación son los siguientes:

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Adquirir las habilidades que solicita el programa curricular quirúrgico.
- Aprovechar mejor el tiempo para la adquisición de habilidades y destrezas en un ambiente controlado, programado y seguro.
- Repetir las experiencias cuantas veces sea necesario, hasta que se logra la habilidad y el aprendizaje.

Estandarizar procedimientos y habilidades quirúrgicas.

Por lo tanto, los beneficios son:

- El aprendizaje se realiza en un entorno controlado, libre de consecuencias adversas para el paciente.
- Los errores detectados y que son inaceptables en la práctica clínica, en condiciones de simulación se pueden permitir y corregir, haciendo consciente al estudiante sobre esos riesgos[7].
- Se acorta el tiempo de la curva de aprendizaje, ya que la habilidad la estamos repitiendo innumerables veces en el simulador hasta que se obtiene y no estamos esperando el caso clínico real para poderla realizar.
- Se optimizan y ahorran recursos quirúrgicos y económicos.

Tipos de simuladores

Existen diversas posibilidades y con características específicas. Los cuales podemos clasificar en biológicos y no biológicos. Los no biológicos están elaborados de diversos materiales físicos y contemplan modelos inanimados o con respuestas fisiológicas controlodas mediante programas computacionales, que semejan partes del organismo o sujetos íntegros. Fig. 1. Otros son los simuladores de realidad virtual, basados en programas de cómputo, donde se puede practicar y adquirir desde destrezas quirúrgicas básicas (ejercicios de destreza bimanual, relación ojo-mano. profundidad, velocidad, etc) hasta realizar técnicas quirúrgicas de diversas patologías y especialidades. Fig 2. Últimamente se han desarrollado simuladores virtuales hápticos, es decir con sensación táctil de firmeza de los tejidos.

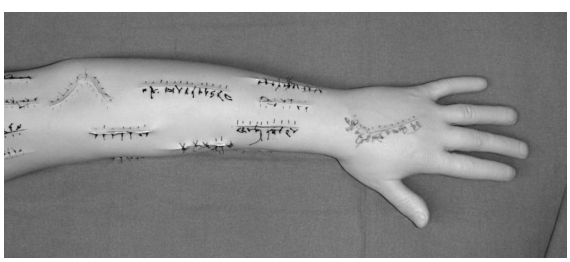


Fig 1. Simulador no biológico, físico, iner-te para la práctica de suturas en heridas superficiales de piel.

Los simuladores biológicos también son de diversos tipos, los hay desde segmentos de tejido animal inerte, una combinación de materiales físicos y biológicos los que llamamos simuladores híbridos, animales de laboratorio vivos (cerdos, conejos, ratas) Fig. 3. y últimamente renace la antigua idea de material humano inerte, o sea el cadáver. Fig. 4. Ésta última opción está volviendo a tomar fuerza gracias a que existen nuevas técnicas de preservacion del tejido humano, que lo hacen suave, flexible, duradero y prácticamente inodoro.

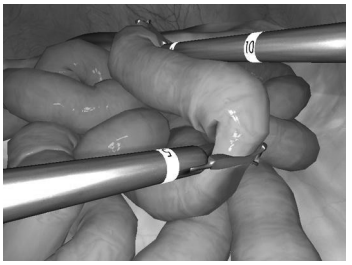


Fig 2. Imagen en simulador virtual, donde se practica manipulación de asas intestinales en cirugía laparoscópica.

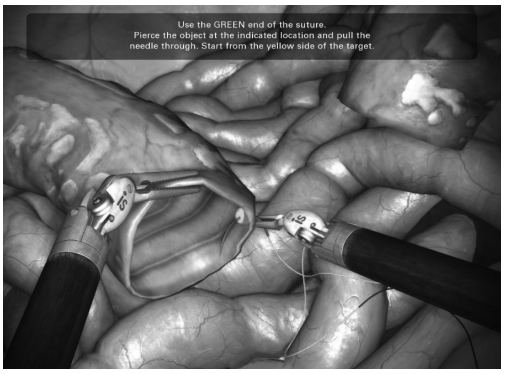


Fig 3. Simulación biológica en animal de laboratorio mostrando una cirugía laparoscópica.

Cuando nos preguntamos cuál es el mejor simulador, la respuesta depende de qué es lo que queremos simular, qué habilidad deseamos practicar, en qué momento de aprendizaje se encuentra el alumno, qué tan básica o compleja es la habilidad a desarrollar, si deben tomarse decisiones en momentos críticos, si necesitamos una respuesta fisiológica controlada, etc. por lo tanto, podemos mencionar que todos los simuladores son útiles y que dependerá de sus objetivos educacionales y el grado de avance del estudiante en formación, para realizar una selección adecuada.

Existen cirujanos detractores de la simulación ya que existe poca investigación sobre si el estudiante que llevó simulación es más hábil en el campo clínico-quirúrgico, cuando lo comparamos con quien no la realizó. A pesar de ello, se han reportado diversos estudios en particular en cirugía de invasión mínima donde se demuestra que cuando se comparan estudiantes sin ningún entrenamiento contra estudiantes que realizaron simulación virtual, existen diferencias significativas a favor del que sí la realizó. Cuando se comparan adquisición de habilidades entre *endotrainer* contra simulador virtual, se ha demostrado que el tiempo que se utilizó en el procedimiento quirúrgico fue significativamente mejor en quienes se capacitaron con simulador de realidad virtual; si comparamos un simulador biológico animal (cerdo) contra un simulador virtual se ha demostrado que el grupo entrenado con modelo animal fue estadísticamente más rápido en una colecistectomía laparoscópica y su desempeño en cada maniobra fue mejor[8,9]. Debemos recordar que

el animal vivo nos permite la toma de decisiones en un momento urgente, da fidelidad a la experiencia y es una estrategia disponible, sus desventajas pueden ser su alto costo y las diferencias anatómicas con el ser humano. El modelo inerte humano actualmente y gracias a los procesos de preservación actuales permiten tener un simulador de alta fidelidad, realista y en el cual podemos efectuar diferentes procedimientos, indudablemente sus desventajas son su alto costo, la ausencia de sangrado y su difícil disponibilidad.

Fig 4. Cirugía de arcos costales mediante simulador inerte humano.

Múltiples universidades y asociaciones médicas han realizado un esfuerzo importante en ofrecer instalaciones para sus alumnos con áreas de simulación tanto biológica como no biológica. Indudablemente, su costo es alto y si utilizan modelos biológicos, debemos recordar que estas instalaciones requieren de certificación sanitaria y supervisión de comités de investigación y ética. Por lo tanto, sugerimos que debe existir un trabajo y esfuerzo conjunto con universidades, instituciones de salud, asociaciones y academias médicas para obtener el máximo costo-beneficio.

Por otro lado, el futuro en la adquisición de habilidades y destrezas implica tener sistemas de evaluación objetivos que demuestren la adquisición de las destrezas quirúrgicas practicadas. Para lo cual, existen trabajos de investigación en donde a través de marcar instrumentos se consigue una gráfica por computadora que nos permite observar los múltiples movimientos erróneos del novato contra los movimientos firmes y certeros del experto. Además de que matemáticamente se pueden saber diferentes parámetros en la limitación de la habilidad quirúrgica como la relación ojo-mano, profundidad, fuerza, etcétera[10]. Otro gran paso que vemos en el futuro es poder realizar simuladores en tercera dimensión que nos permitan generar un simulador idéntico a la patología que presenta nuestro paciente y que vamos a operar, por lo cual podemos tener momentos de "calentamiento" en donde conoceremos el sitio específico a operar, biopsiar o resecar, los riesgos de algunas alteraciones anatómicas y la complejidad de la patología a tratar)[11].

Con todo lo anterior podemos estar seguros que la simulación quirúrgica es una estrategia que cada día va avanzando y nos ofrecerá una práctica previa en una ambiente controlado antes de enfrentar al paciente real y evidentemente dará mayor certeza y seguridad a nuestro paciente y al cirujano.

Conclusiones

1. La simulación para la adquisición de habilidades y destrezas quirúrgicas representa una necesitad ética ya que como menciona Ziv, mediante este procedimiento a los pacientes se les protege y no son objeto de aprendizaje[12].
2. La simulación favorece que la adquisición de habilidades y destrezas sean el único objeto de interés al estar realizando el ejercicio, quitando de la mente las condiciones clínicas y de técnica quirúrgica específica que presenta y requiere

nuestro paciente. Y en forma inversa, en el momento quirúrgico real, lo principal es la toma de decisiones clínicas y técnicas que requiere el paciente, y no tener distractores de cómo realizar alguna habilidad quirúrgica que ya se debe estar realizando automáticamente.

3. Definitivamente la adquisición de habilidades y destrezas quirúrgicas es más rápido con la simulación, ya que podemos repetir el ejercicio cuantas veces sea necesario, simulando cualquier escenario quirúrgico, sin esperar a que exista un caso clínico real que lo permita.

Referencias

1. Maestre JM, Palazuelos AC. *La simulación clínica como herramienta para facilitar el cambio de cultura en las organizaciones de salud: aplicación práctica de la teoría avanzada del aprendizaje*. Rev colomb anestesiol. 2014;42(2):124–128
2. Tapia JJ. *Los retos de la educación quirúrgica en el Siglo XXI*. Cir Gen 2012;34:1-2
3. Jakimowicz JJ, Jakimowicz CM. *Simulación en cirugía, ¿dónde estamos y a dónde llegaremos?* Cir Cir 2011;79:44-49
4. Mattar SG. *General Surgery Residency Inadequately Prepares Trainees for Fellowship*. Ann Surg 2013;258 (3):440-449
5. Fernández Vázquez JM: *Código de Ética Médica*. Soc Méd Orto, Méx, 2011:225-41
6. Lazarini E, Schonstedt P, Abedrapo M, Yarmuch J, Csendes A, Rodríguez N. *Simulación: Una herramienta útil en la formación quirúrgica moderna*. Rev. Chilena de Cirugíal 2008;60(2): 167-169
7. Akhtar K, Chen A, Gupte S. *The Role of Simulation in Developing Surgical Skills Curr Rev Musculoskelet Med*. 2014; 7:155–160
8. Davis J, Khatib M, Bello F. *Open Surgical Simulation—A Review. Journal of Surgical Educatio*n. 2013; 70(5):618-627
9. Vázquez-Mata G, Ruiz-Castillo J. *El entrenamiento quirúrgico basado en la simulación, ¿una moda o una necesidad?* Endosurgery SECLA 2009; 27: 1-3.
10. Pérez EF, Ordorica FRM, Oropesa GI, Zalles VC. *Face, Content, and Construct Validity of the EndoVis Training System for Objective Assessment of Psychomotor Skills of Laparoscopic Surgeons.* Surg Endosc 2015;29:3392-3403
11. Waran V. J. *Multimaterial 3D Printed Used to Create Realistic Hands-on Models for Neurosurgical*. Surg Educ 2014;71(2):193-197
12. ZIV A. *Simultation-Based Medical Education-From Vision to Reality*. Educación Médica 2007; 10(3): 147-148

CAPÍTULO
16

EL MÉDICO Y LA TECNOLOGÍA

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

El concepto de tecnología es tan amplio que conviene delimitar lo que aquí se va a tratar. Tecnología se refiere a la aplicación del conocimiento científico a ciertos fines utilitarios como pueden ser artefactos, equipo, instrumentos o procedimientos. En este sentido hasta la historia clínica tradicional es una tecnología. Pero aquí nos vamos a referir sobre todo al equipo e instrumentos. Habría que reconocer que la tecnología ha sido tan importante en nuestra época que uno de los nombres que ésta ha recibido es la de "era tecnológica". Todo está dominado por la tecnología y cada día aparecen más aportaciones tecnológicas. El secreto está en saber sacar provecho de esta maravillosa tecnología sin supeditarse o esclavizarse a ella, pero este secreto tiene muy claras dificultades. Ortega y Gasset decía que "al imponerse como una 'sobrenaturaleza' la tecnología exige atención para sí y no se conforma con ser sólo un medio para manipular la naturaleza convencional..." Esta 'sobrenaturaleza' ha sentado sus reales y ha propiciado que la sociedad dependa de ella. En el caso de los médicos la dependencia se expresa de varias formas: el profesional no puede desarrollar su actividad en ausencia de la tecnología no sólo cuando no se cuenta con ella sino también cuando se descompone o entra en mantenimiento preventivo, lo que hace que el médico se paralice. Los especialistas que se forman en una sede que cuenta con todos los recursos tecnológicos se muestran incompetentes cuando les toca laborar en otra que carece de ellos. Esto se ve con alguna frecuencia entre los colegas que se forman en el extranjero, en países de alto desarrollo industrial; cuando regresan a México consideran que aquí no se puede ejercer la especialidad. Los residentes que tienen su rotación por campo extrañan los recursos que tenían en su sede y no logran funcionar sin ellos. Aquí conviene recordar la máxima de Theodor Roosvelt que decía "Haz lo que puedas, con lo que tengas, estés donde estés".

Otras formas de dependencia es esclavizarse con la compra de consumibles y la de convertirse en un simple manejador de artefactos.

En esta era tecnológica, la máquina se ha interpuesto entre el médico y el paciente, de tal manera que la relación ya no es de dos sino de tres: médico-máquina-paciente. Y en este triángulo se identifican dos vertientes: la médico-máquina y la máquina-paciente, cada una de ellas con sus peculiaridades. La relación

médico-máquina nos muestra a los médicos enamorados de sus máquinas y sin poner atención a los pacientes; la máquina-paciente cuando éste último le cree más a la máquina que al médico e incluso exige que lo pasen por la máquina.

Las aportaciones de la tecnología a la medicina son inconmensurables. No podría entenderse la medicina moderna sin la participación de la tecnología. Hoy ya no hay lugares del cuerpo inaccesibles, se pueden hacer mediciones de constituyentes en pequeñísimas cantidades; con una aguja se alcanza cualquier órgano para biopsia; la visualización de órganos y lesiones ha alcanzado una perfección no imaginada hace unos años; se puede anticipar la salud individual del futuro y elegir los manejos a la medida para cada caso, evitando tratamientos superfluos y efectos adversos; los auxiliares quirúrgicos han alcanzado tal perfección que se materializa en la cirugía robótica; los simuladores han permitido el adiestramiento de los novatos sin atentar contra la seguridad de los pacientes; podemos tener fácilmente acceso a la información casi al momento en que se va generando; podemos encargar la vigilancia de nuestros enfermos a los artefactos de monitoreo, etc. Pero hay que reconocer que todos estos beneficios han tenido su precio, igual que ocurre con todo lo que representa el progreso. Lo que hemos tenido que pagar es el aumento del costo de la atención médica, la marginación del médico ante la máquina, el deterioro de ciertas capacidades específicamente médicas o clínicas, la dependencia de los aparatos, los accesos diferenciales según condiciones económicas.

Los catastrofistas prevén que el médico, tal como lo concebimos ahora, puede desaparecer. Hay quien ha dicho que "si un médico teme ser suplantado por una computadora... merece ser suplantado por ella". Hoy ya es posible mantener una vigilancia constante de las variables corporales sin recurrir a un médico o una enfermera; simplemente, una serie de detectores instalados en los sitios apropiados (sensores corporales) pueden enviar señales a una central en donde se registran la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la glucemia y otras variables. Más aún, con el ejemplo del páncreas artificial para la diabetes, puede adaptarse un dispositivo que administre el medicamento cada vez que una variable rebase un límite crítico y calcula la dosis apropiada. Con la propuesta de la medicina personalizada, basada en la farmacogenómica, se pueden estimar los riesgos de enfermar, la probabilidad de que un cierto medicamento sea o no eficaz en un individuo, y la de que origine efectos colaterales que tal vez no ocurrirían en otra persona. Ya se fabrican prótesis mediante impresoras 3D. No se diga lo que se ha alcanzado y lo que podrá hacerse en el terreno de trasplantes e implantes, la robótica médica y la consulta electrónica que ya es cosa de todos los días aunque esté fuera de regulación.

Tal vez la solución es adoptar un enfoque crítico ante la tecnología emergente, no dejarse deslumbrar y otorgar a cada una el lugar verdadero que le corresponde. Muchas inversiones se han hecho en tecnología que finalmente resulta superflua o inútil. El otro enfoque es el de sacar provecho de la tecnología sin esclavizarse a ella; más bien que ella se esclavice al médico y al paciente. Un tercer enfoque para sacar ventaja de la tecnología se ha denominado simplificación postecnológica. Su fundamento parte de la idea de que no todo el mundo tiene acceso a los recursos tecnológicos complejos y también en la vieja escuela anatomoclínica (o clínico-patológica) en la que los médicos, mediante sus recursos propedéuticos, profundizaban hasta donde fuera posible para estimar las lesiones anatómicas que po-

dría tener un paciente. Si éste fallecía presenciaban o realizaban la necropsia con el acento en buscar las lesiones que habían predicho con los recursos clínicos; si las confirmaban se reafirmaban en su arte; si no las encontraban retroinformaban su propio proceso propedéutico y lo enriquecían con el aprendizaje obtenido, y probablemente para la vez siguiente ya no fallarían. Hoy, el estándar de oro no es casi nunca la autopsia sino precisamente estos recursos tecnológicos y podrían aprovecharse precisamente para enriquecer el proceso clínico y aprender a prescindir de ellos en ciertos casos con lo que se aumentarían las probabilidades de racionarlos mejor, dirigidos a los pacientes que verdaderamente los requieren. Así llegamos al concepto de simplificación postecnológica que significa utilizar la tecnología para aprender a prescindir de ella.

Quienes adoptan tecnología suelen tener una serie de criterios que les permiten aceptarla o rechazarla. Para los médicos ocupados hacer esta evaluación previa resulta muy difícil pero la actitud crítica tiende a ayudar; no todo lo nuevo es bueno, no todo lo complejo es deseable y no todo lo costoso es lo mejor.

CAPÍTULO
17

EL CIRUJANO GENERAL Y EL MÉTODO CIENTÍFICO

Dra. María Rita Rodríguez Luna

Las conclusiones que son meramente verbales no pueden dar fruto,
sólo aquellas que se basan en hechos demostrados.
Porque el afirmar y el hablar son engañosos y traicioneros.
Debido a esto, hay que aferrarse a los hechos...
Si uno quiere adquirir ese hábito infalible, que llamamos medicina
–Hipócrates de Kos–

La anatomía es la base de la cirugía,
le proporciona información a la cabeza, guía la mano,
y familiariza al corazón a una especie de inhumanidad necesaria
–John Hunter–

Los descubrimientos más grandes de la cirugía son
la anestesia, la asepsia, y la roentgenología, y
ninguno fue hecha por un cirujano
–Martin H. Fischer–

Cuando se visita la Abadía de Westminster en la capital inglesa, uno puede caminar por su nave e ir admirando las tumbas de grandes personajes que han marcado un punto de inflexión en la historia universal. El ser enterrado en dicha abadía es el honor póstumo más grande que se puede rendir a un ciudadano inglés, recordando a su vez, el papel protagónico que la nación inglesa ha tenido en la historia de la humanidad. En ella se encuentran los restos de generales, almirantes, políticos y científicos, acompañando a los restos mortales de la realeza inglesa. Junto con la tumba de Sir Isaac Newton y Charles Darwin, se encuentran los restos de John Hunter. En su lápida, se puede leer en su epitafio las siguientes palabras: "El Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra ha colocado esta tableta sobre la tumba de Hunter para registrar la admiración de su genio como intérprete dotado del poder divino y la sabiduría en el trabajo de las leyes de la vida orgánica, y su agradecida veneración por sus

servicios a la humanidad como el "fundador de la cirugía científica"[1].

John Hunter nació un 14 de febrero de 1728, fecha que se conmemora por el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra programando la sesión bienal llamada "Hunterian Oration". Desde su instauración en 1813 busca ser "expresiva de los méritos en la anatomía comparada, fisiología y cirugía, no solamente de John Hunter, sino también de todas las personas, de vez en cuando fallecidos, cuyos trabajos han contribuido a la mejora o ampliación de la ciencia quirúrgica"[2]. Es justamente el acople del saber científico al quehacer quirúrgico lo que hace a la figura de Hunter ser acreedor de tan excepcional e importante título.

He escogido iniciar este capítulo utilizando como ejemplo a John Hunter para poder dimensionar la importancia de la fusión de la ciencia con la cirugía. Existen, como es de esperarse, múltiples opiniones en contra de reconocer a Hunter como el fundador de la cirugía científica, encontrando los méritos necesarios en las obras de otros grandes cirujanos a través de la historia, tales como Ambroise Paré y Joseph Lister[3]. John Hunter es en la actualidad un personaje respetado pero polémico, derivado del estudio de su obra y vida realizado por múltiples historiadores durante los últimos 200 años. Como ejemplo, su vida en la casa de Leicester Square, sirvió de supuesta inspiración para la historia de Robert Louis Stevenson *Dr. Jekyll y Mr. Hyde*. Por la entrada principal atendía su práctica quirúrgica para la alta sociedad londinense, y por la entrada trasera recibía los cuerpos humanos frescos dedicados para su práctica docente y científica ¿A que nos referimos cuando hablamos de la ciencia? Y, ¿cómo podemos aplicarla los cirujanos a nuestra práctica diaria? ¿Por qué Hunter es el primer ejemplo de un cirujano científico? Para responder estas respuestas, debemos entender la naturaleza de la ciencia y sus métodos que son enfocados a la cirugía. Un resumen de la evolución de la ciencia, del conocimiento y la práctica de la cirugía, y de la vida de John Hunter nos puede servir para dicho propósito

Filosofía de la Ciencia y Cirugía

¿Cómo definir a la Ciencia?

La palabra "Ciencia" en diferentes idiomas modernos, proviene del latín *scientia*, conocimiento. Según nuestra Real Academia Española es el "Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente"[4]. El concepto de "conocimiento científico" lo podemos encontrar desde la Grecia Clásica, aunque su esencia (en especial pensando en los textos Aristotélicos) difiere de la actual. La palabra "ciencia", al igual que la palabra "cirujano", se puede encontrar en múltiples textos medievales desde el siglo XIV, utilizando una connotación ya muy parecida a la nuestra[5]. En contraste, el término "científico" sustituyó al de "filósofo natural" hasta la primera mitad del siglo XIX, gracias al trabajo del académico inglés William Whewell[6]. El conocimiento científico se puede definir como aquél que se obtiene por medio del Método Científico.

Al analizar la definición antes mencionada, nos podemos imaginar el cómo debe ser nuestra labor diaria como cirujanos para poder practicar una "cirugía científica". Sin embargo, al intentar especificar en los procedimientos para poder practicar la cirugía en función del método científico, no es tarea fácil. La Ciencia y su metodología son tan complejos que han evolucionado junto con el hombre desde hace más de 2 mil años y han sido analizadas

a profundidad durante los últimos 500 años a la luz de distintas teorías filosóficas modernas del conocimiento y metodología científicos. El analizar a detalle cada una de estas sobrepasa el alcance del presente capítulo. Sin embargo, para todo cirujano es importante conocer algunos conceptos por los que la "filosofía de la ciencia" se ha preocupado por resolver, si es que queremos desarrollar una verdadera cirugía científica[7].

Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia de la humanidad, nuestra necesidad de entender y predecir el mundo en el que vivimos nos ha forzado a utilizar diferentes mecanismos, en gran medida influenciados en la cultura reinante en los distintos nichos geográficos y temporales en los que el hombre ha florecido. Nuestra cultura médico-quirúrgica actual o "moderna" deriva en gran parte de la evolución de la cultura de los pueblos europeos, a pesar de haber evidencia arqueológica del desarrollo de la cirugía en otras culturas, tales como la egipcia, mesopotámica, orientales y mesoamericanas.

El "amor por la sabiduría", fue conocido por la cultura griega clásica como "Filosofía", predominante en el hemisferio conocido como occidental, misma que es la base de nuestra cultura científica. Con el fenómeno socioeconómico conocido como "globalización", permea de manera progresiva en distintas culturas alrededor del mundo. En un principio, la Filosofía se encargó de buscar las respuestas que el hombre necesitaba para solucionar los problemas que le impedían poder vivir a plenitud en su universo. Problemas relacionados tanto con la naturaleza biológica, metafísica, intelectual y social del ser humano, así como con la naturaleza del universo. Cabe señalar grandes avances en matemáticas, física, y biología en las manos de filósofos griegos como Euclides, Arquímedes y Aristóteles. No sobra el recordar el papel de Hipócrates y sus discípulos en la generación y preservación del conocimiento médico, a través del *Corpus Hippocraticum*[8]. El Juramento Hipocrático nos llega como el ejemplo deontológico por excelencia[9], base de múltiples códigos de conducta médicos generados por los distintas asociaciones y colegios médicos a nivel mundial.

A pesar de estos grandes avances, la filosofía en el mundo antiguo no pudo escapar de influencias teológicas. Si a esto le sumamos el privilegiar el razonamiento deductivo con bases racionalistas teniendo a Sócrates como principal impulsor, encontramos que muchas de las veces el conocimiento del mundo natural contenía conceptos erróneos imposibles de corregir[10]. A diferencia de lo que conocemos como Ciencia, la filosofía en aquel entonces subestimó la importancia de la validación del conocimiento por medio de la experimentación y se apoyó en la sobreutilización de conceptos derivados de la razón y el análisis. Siguiendo un camino tortuoso e imperfecto, muchos de los textos filosóficos de la época de oro helenística, se fusionaron con conceptos teológicos cristianos durante el periodo Medieval, reinando por más de 15 siglos. Aquí cabe recordar el papel de Galeno de Pérgamo en la medicina y cirugía del Imperio Romano, extendido en toda Europa y el mediterráneo. Al mantener una práctica clínica predominantemente quirúrgica, pudo observar de cerca la anatomía y fisiología tanto en seres humanos, como en distintas razas de animales. Así mismo, ser ciudadano romano y pertenecer a la clase alta, tuvo acceso a textos médicos y filosóficos de la Grecia clásica. Más que un médico, se consideraba un filósofo. Por las razones arriba mencionadas, sus conclusiones sufrían de errores garrafales derivados de la utilización sistemática de la metodología racionalista. Su obra representó la columna

vertebral del conocimiento médico-quirúrgico por los siguientes mil 300 años, conocimiento que fue resguardado en monasterios y universidades regidas por organizaciones clericales. Un Doctor en Medicina debía dominar los conceptos Galénicos.

Los cirujanos fuimos un gremio subordinado y despreciado por los "académicos" durante esta etapa de la historia. En múltiples textos, incluyendo los mismos Hipocráticos, se logra apreciar una inclinación hacia prácticas médicas que no involucraran maniobras quirúrgicas, seguramente por la alta morbimortalidad que conllevaban. En 1215, el Papa Inocencio III formuló el Concilio Lateranense IV, un documento pivote en la historia de la medicina y cirugía medievales. En él se instituyen distintas normas intentando incluir la influencia religiosa en la vida diaria. Uno de los mandatos contenidos estableció la prohibición a los miembros del clero (que en aquel entonces eran los médicos formados en las universidades) de la realización de cualquier forma de tratamiento quirúrgico que conllevara el contacto con la sangre o fluidos corporales. Esto llevó a prohibir formalmente la práctica y el estudio de la cirugía en las universidades. Como es obvio, esta censura no previno la aparición de padecimientos quirúrgicos en la población, por lo que esta demanda de tratamiento acabó siendo satisfecha por "barberos", quienes tenían acceso al instrumental y al paciente, mas no a la estructura académica en la que se albergó a la medicina. Los "barberos" fueron principalmente los encargados de la práctica y del conocimiento quirúrgico, limitándose la mayoría de las veces a tratar afecciones cutáneas, subcutáneas y de las extremidades. Dentro de las cirugías más arriesgadas se encontraba la extracción de litos vesicales por abordaje perineal (misma que es vetada en el Juramento Hipocrático), habiendo descripciones que la comparan con una verdadera barbarie[11]. El avance en Europa de la cirugía previo al renacimiento fue prácticamente nulo, en contraste con la práctica quirúrgica árabe, o hindú, quienes utilizaron el conocimiento heredado de la Grecia clásica tomado principalmente de Alejandría y lo llevaron a un nivel nunca antes visto hasta ese momento en la historia de la humanidad. La ciencia árabe y oriental fue permeando en la Europa cristina con la traducción de textos encontrados en lugares geográficos y recuperados en guerras, o traídos por mercaderes desde Asia.

Fue el estudio del mundo "natural" en el siglo XVI, que inició una revolución en la manera en la que la filosofía podía generar el conocimiento. El abandonar los dogmas impuestos por la iglesia junto con una agudeza intelectual sin precedente, permitió a Copérnico y a Galileo la construcción de un nuevo modelo planetario que explicaba de mejor manera las observaciones del movimiento de los astros y de nuestro planeta. Kepler y Newton acabaron con coronar al nuevo sistema de conocimiento conocido como Ciencia, al formular matemáticamente las nuevas "Leyes Naturales" que regían la interacción de la materia en el universo. Con los cambios socioculturales de la Europa renacentista y la nueva "Filosofía Natural" llamada "Ciencia", emergieron figuras en la medicina como la de Andrés Vesalio.

De origen Holandés, Vesalio estudió medicina en la Universidad de París. Las condiciones socioculturales en Italia le permitieron establecerse en la Universidad de Padua donde reestructuró completamente el conocimiento anatómico. En 1543 publicó uno de los libros más influyentes de la cultura europea renacentista: *De humani corporis fábrica*. Libro con ilustraciones anatómicas realizadas en el taller de Tiziano Vecellio, mostró la anatomía humana como nunca antes se había expuesto al alcance

de todos gracias al puntal tecnológico del momento que fue la imprenta. El estudio por medio de la disección de cadáveres, junto con su agudo sentido de la observación y su espíritu científico renacentista, acabó con muchos de los errores anatómicos y fisiológicos contenidos en las enseñanzas Galénicas, contraponiéndose directamente al saber dogmático universitario. Padua se convirtió en el epicentro de una revolución médica y quirúrgica que influenció en toda Europa el desarrollo de la cirugía como actualmente la conocemos[12].

Durante los Siglos XVII y XVIII el impulso de las ciencias en los ámbitos físicos y químicos cambiaron radicalmente la faz económica y social del mundo. Así mismo, se crearon las primeras asociaciones médicas, como la *Royal Society* of London en 1662, que se convirtió en un modelo para las sociedades científicas en muchos países. Ese hecho permitió la transferencia progresiva de la ciencia desde las universidades controladas por el clero hacia la sociedad civil.

El Fundador de la Cirugía Científica

John Hunter nació un 14 de febrero de 1728, durante la mitad de un crudo invierno. Fue el décimo hijo de una familia de granjeros en el sur de Glasgow. Casi la mitad de sus hermanos fallecieron a corta edad y los mayores disfrutaron de mayor apoyo por parte de su familia para poder estudiar y trabajar en Londres. De sus memorias sabemos que fue un niño muy querido por sus hermanas y su madre. No fue adepto a la enseñanza clásica, abandonando sus estudios formales a los 13 años de edad, al momento de la muerte de su padre. Se le dificultaba la gramática y el lenguaje escrito y naturalmente se vio obligado a trabajar con su hermano William en Londres, para sostener la granja familiar. De todo esto se derivó una sed de aprendizaje del mundo natural por métodos empíricos y desdeñó el estudio por medio de textos impresos. Antes de dedicarse a la medicina, su proximidad con la vida rural y el tener contacto con animales de granja le permitió practicar el método científico con la experimentación en modelos vivos para la resolución de distintos problemas biológicos. El estudio de la vida y la reproducción fue siempre su más grande interés. En Londres, su hermano era profesor de anatomía en una escuela de su propiedad, sirviéndole de introducción a la cirugía. Se dedicó tanto a la enseñanza, como a la preparación de piezas anatómicas, muchas de ellas actualmente albergadas en el *Hunterian Museum* de la Universidad de Glasgow.

Después de regresar de la guerra donde fungió como cirujano en el frente de batalla, ingresó como *Fellow* a la *Royal Society* en 1767, y un año después, a la edad relativamente avanzada de 40 años, aprobó el examen que le otorgaría el Diploma de la Compañía de Cirujanos. Fue elegido por votación, fue cirujano del Hospital de San Jorge, donde se estableció de manera oficial como cirujano. Sus máximos logros los obtendría en dicho hospital. Las prácticas médico-quirúrgicas contemporáneas las puso a prueba por medio de la experimentación. Esto le ganó tanto admiradores como rivales. Ante un problema con solución deficiente, investigaba su naturaleza con modelos animales. Antes de aplicar una nueva solución, siempre la validaba por medio de la experimentación. Dominaba la anatomía humana y practicaba una anatomía comparada. Su habilidad quirúrgica se fortalecía con la práctica experimental. A pesar de esto, sus éxitos terapéuticos eran constantemente criticados por colegas, a pesar de tener fundamentos basados en investigación científica. Dentro de los más recordados, se encuentra el del tratamiento quirúrgico de los aneurismas poplíteos.

En la Inglaterra Georgiana, la lesión crónica de origen ocupacional más desastrosa eran los aneurismas poplíteos. Debido al uso rutinario del caballo en carruajes y carretas, los cocheros utilizaban botas ecuestres cuyo borde rozaba en la fosa poplítea al momento de conducirlos. Con los años, el desgaste de la pared de los vasos poplíteos ocasionaba la lesión en cuestión, con dolor progresivo e incapacidad funcional de la extremidad. Si se dejaba progresar de manera natural, el aneurisma se rompía conllevando una alta mortalidad. El tratamiento quirúrgico electivo consistía en la amputación supracondílea de la extremidad afectada. John Hunter investigó las posibilidades de salvamiento de la extremidad basándose en buscar la manera de ligar el aneurisma manteniendo un flujo sanguíneo colateral hacia la porción distal de la extremidad. Realizó experimentación en animales y en cadáveres humanos. Perfeccionó la técnica quirúrgica que por fin le brindaría un pronóstico distinto a los portadores de la enfermedad, adultos en edad productiva y con necesidad de continuar su labor. El epónimo del Canal de Hunter para el hiato aductor recuerda este hito histórico[2].

Se dice que él enseñó a más de mil estudiantes, tanto cirujanos, como médicos generales, con muchos de los cuales tenía una amistad duradera, muchos llevando su ejemplo de educación a otras partes del país y de América. "¿Por qué no lo intentas en un experimento?" era su frase para alentar a sus alumnos y colegas a no olvidar la práctica científica en el avance de la medicina. Tres años después de su muerte, uno de los alumnos más queridos de Hunter, Edward Jenner experimentaba con la vaca Blossom, la lechera Sarah Nelmes, y el pequeño James Phipps, en lo que resultó en el triunfo sobre la viruela, y en el nacimiento de la inmunología. John Hunter falleció en 1793 por un infarto miocárdico durante una discusión relativa al *Curriculum* de los estudiantes en el Hospital de San Jorge. Sus restos mortales fueron inhumados en la iglesia de S*t. Martin in the Fields*, y posteriormente trasladados a su real sepulcro en 1859, descrito al inicio del capítulo, junto al Támesis y las casas del parlamento inglés.

El Cirujano como líder del avance científico

Sin lugar a dudas, la influencia de Hunter permeó durante los siguientes siglos, sirviendo de inspiración y ejemplo para quienes se convirtieron en los líderes quirúrgicos en naciones como Inglaterra, Estados Unidos, Francia, y Alemania que impulsaron el avance de la cirugía hasta nuestros días. Algunos avances fueron desarrollados por científicos dedicados a otras disciplinas científicas, tales como la biología, física, química y que han sido aplicados a la cirugía gracias a la capacidad de observación, experimentación e innovación de cirujanos científicos visionarios en busca de mejores resultados clínicos. Otros avances han sido desarrollado directamente por verdaderos genios de la cirugía[13]. A fines del siglo XIX el desarrollo de las técnicas de anestesia, de la antisepsia y el posterior descubrimiento de los antibióticos, la aplicación de los rayos catódicos a la imagenología, el entendimiento de la biología del cáncer, de la inmunología aplicada al trasplante de órganos y el desarrollo tecnológico para lograr abordajes de mínima invasión, marcaron la evolución de la cirugía moldeándola hacia la práctica que conocemos actualmente. El intento de listar los descubrimientos y desarrollos tecnológicos originados en otras disciplinas científicas y que han sido aplicados en la cirugía rebasa por mucho los alcances de este capítulo. Al ser la cirugía una ciencia aplicada, los cirujanos líderes en el avance de la cirugía hemos sido atentos al desarrollo obtenido en las ciencias básicas y en otras disciplinas médicas

buscando su aplicación en beneficio de nuestros pacientes.

En 1895, el sueco Alfred Nobel, inventor y hombre de negocios estableció legalmente las bases para establecer una premiación anual a quienes hayan llevado a la excelencia los avances en las ramas de la fisiología o medicina, física, química, literatura y paz (el premio de economía se instituyó hasta 1968). Cada otoño, la atención de la comunidad científica del mundo se centra en Estocolmo, donde se anuncian a los ganadores. El Premio Nobel es quizás el más prestigioso premio que reconoce los logros científicos mundiales[14]. Un capítulo que trate de la ciencia y los cirujanos, no puede estar completo sin una lista de los cirujanos ganadores de dicho premio. Los cirujanos laureados por el premio Nobel de Fisiología y Medicina son ejemplo de compromiso, determinación y enfoque. Son sin lugar a duda inspiración y ejemplo.

GANADOR	AÑO	CONCEPTO
Theodor Kocher	1909	Patología de la glándula tiroides
Alivar Gullstrand	1911	Estudio de la refracción del ojo
Alexis Carrel	1912	Sutura vascular y trasplante de órganos
Robert Barany	1914	Sistema vestibular
Frederick Banting	1923	Descubrimiento de la Insulina
Walter Hess	1949	Fisiología del mesencéfalo
Werner Forssmann	1956	Cateterización cardiaca
Charles Huggins	1966	Papel hormonal en cáncer
Joseph Murray	1990	Trasplante de órganos

,

La tabla anterior sirve como testimonio del papel crucial de los cirujanos en el avance científico de principios del siglo XX[15]. Así mismo se encuentra una dilución progresiva del papel quirúrgico en la premiación del Nobel conforme transcurre la segunda mitad del siglo. Esta tendencia, sin lugar a dudas podrá revertirse conforme los cirujanos avanzamos en la investigación básica y clínica en los campos de robótica, telecirugía, realidad virtual, instrumentación quirúrgica, cultivo de tejidos, educación quirúrgica y técnicas utilizables en la terapia Intensiva y la cirugía del cuidado agudo[16,17].

El Método Científico en la Práctica del Cirujano

El haber tratado de manera somera la evolución histórica de la práctica científica enfocada a la cirugía es una de las herramientas que tiene la filosofía de la ciencia para enseñarnos el método científico. Las ciencias son disciplinas que emanan de la filosofía al sistematizar su avance del conocimiento del mundo natural por medio de técnicas bien estandarizadas para la generación y comprobación de hipótesis. A este sistema le denominamos "método científico". A la Filosofía de la Ciencia le queda consignada la sublime tarea de vigilar y analizar dicho método, por medio del cual las ciencias generan el conocimiento científico.

A diferencia de las ciencias denominadas como exactas, a las ciencias biológicas, la medicina incluida, no fueron reconocidas como verdaderas ciencias a la par de la física. Esto se debe justamente al método que utilizan para poder describir al mundo natural y al muy

especial proceso salud-enfermedad. Cada vez que se analizaba un fenómeno biológico, era prácticamente imposible el tratar de explicarlo de otra manera que no fuera el buscando su propósito, mismo que de manera directa, o indirecta implicaba con la intervención de un creador. Incluso llevó a la creación de la rama filosófica conocida como teleología, es decir, el estudio del fin, o propósito. Los primeros avances del estudio anatómico y fisiológico del ser humano para ser aplicados en la Cirugía no pudieron evitar ser descritos en un contexto teleológico. Esta falla de la metodología de las ciencias biológicas tuvo su fin con el trabajo de Charles Darwin y su teoría de la selección natural. Gracias a su genio y tenacidad, logró establecer la primera teoría científica que podía explicar las características del mundo biológico sin la intervención de la actividad divina, colocando a la biología oficialmente dentro de las ciencias. La presentación pública de *El Origen de las Especies* en 1859 marca oficialmente el inicio de la biología como ciencia[18]. Aunque en la práctica diaria, los eventos generados en el proceso Salud-Enfermedad sin duda encuentran, en mayor o menor grado, una connotación religiosa por el paciente (y a veces por los mismos médicos), en la cirugía actual utilizamos un abordaje reduccionista, explicando los procesos mórbidos desde un punto de vista plenamente anátomo y fisiopatológico que nos permite encontrar la curación del enfermo por medio de la manipulación quirúrgica de los órganos y sistemas afectados[19]. Es el método científico en el que el cirujano encuentra la herramienta para solucionar los problemas clínicos que enfrenta a diario.

El Método Científico

Todos los que hemos cursado por la educación a nivel medio superior estamos familiarizados con los conceptos relacionados al "método científico" incluidos en los planes de estudio oficiales enfocados hacia la física y la biología. Sin embargo, como se ha mencionado al principio del capítulo, los métodos que se utilizan para generar el conocimiento científico han sido sujetos a un estudio exhaustivo por los filósofos de la ciencia, siendo analizados desde las distintas corrientes filosóficas que han emergido en especial durante los últimos 500 años. Recordemos que la ciencia es un fenómeno humano, misma que se ha buscado aplicar en todas las actividades productivas y recreativas del hombre, como en las ciencias sociales o económico-administrativas. Cada una de las disciplinas científicas debe tener un Método Científico propio para poder servir de herramienta para llegar a la verdad, aunque como denominador común se encuentra la recopilación de evidencia observable, empírica, para después, utilizar nuestra capacidad de razonamiento y dar sentido a estos datos[20].

Buscando los orígenes del Método Científico como es el actual, podemos encontrarlos en los trabajos de Descartes (1596-1650) y Bacon (1561-1626) como sus predecesores. Pero no fue hasta el trabajo de John Locke (1632-1704) que fundó sobre una base epistemológica empírica, basada en la formulación de hipótesis y su comprobación experimental[21]. El Método Científico utilizado en la práctica clínica es muy parecido al utilizado en las ciencias biológicas, y consta de 5 principales pasos.

1. Observación.
2. Planteamiento del Problema
3. Generación de hipótesis
4. Falsificación de hipótesis
5. Revisión de los resultados y reformulación de hipótesis.

El método científico deberá utilizarse por el cirujano en todos los ámbitos de su prác-

tica profesional (por no decir inclusive en la esfera personal). Estas son en la docencia, en su trabajo de investigación básica o clínica y en su práctica quirúrgica cotidiana. En la parte final de este capítulo trataremos el cómo aplica la ciencia en esta última.

Cuando los cirujanos gobernamos nuestra práctica diaria con bases científicas, nuestra razón trabaja utilizando los 3 tipos de procesos inferenciales para alcanzar las conclusiones buscadas. Antes de explicar de lleno el método clínico, las analizaremos brevemente.

Tipos de Inferencias y su aplicación en la clínica

Dentro de los procesos que se utilizan para el análisis y la generación del conocimiento científico, tenemos dos grandes vertientes denominadas Deducción e Inducción. La diferencia entre los dos radica en la manera en la cual se utiliza la lógica para poder hacer asociaciones entre los distintos conceptos en estudio, también llamados premisas, y poder llegar a conclusiones o inferencias que buscan describir nuestra realidad. El proceso deductivo es considerado en lógica, como el procedimiento más seguro para poder encontrar una verdad científica. En éste, partiendo de una generalización podemos llegar a un conocimiento particular. La manera en que se ordenan los conceptos en estudio permite inferir una verdad específica desde un conocimiento general aceptado como cierto. Como esencia, en la inferencia deductiva, su conclusión debe ser cierta si sus premisas también lo son. La mayoría del trabajo científico en las áreas de la filosofía, física, química y matemáticas previo a la era conocida como la Revolución Científica utilizaron la deducción como arma principal por el simple hecho de poder garantizar una conclusión verdadera. Como cirujanos, cuando utilizamos conceptos quirúrgicos aceptados como verdaderos para deducir el diagnóstico o escoger la terapéutica de un paciente, estamos utilizando un proceso deductivo. En la realidad, en cirugía es muy difícil poder aplicar una verdadera deducción, debido a la gran variabilidad de los fenómenos anatómicos y fisiopatológicos que condicionan nuestros resultados quirúrgicos y la ausencia de verdaderas "leyes" en las que podamos basar nuestra inferencia[22].

El segundo tipo de inferencia se conoce como inducción. En esta se busca la verdad por un sistema inverso al de la deducción. Utilizando razonamientos inductivos, los fenómenos particulares son estudiados para poder llegar a una generalización. Como es evidente, la inducción corre el riesgo de caer en conclusiones erróneas, ya que depende de que los procesos individuales que están siendo estudiados se repetirán en cualquier otro momento si se igualan las condiciones originales, y de cualquier forma esto no garantiza el resultado final. A diferencia de la inferencia deductiva, en la inferencia inductiva la conclusión puede ser errónea a pesar de partir de premisas ciertas[23].

Podemos entender ambos procesos inferenciales, los mostramos en la siguiente tabla. Las premisas y las conclusiones las hemos catalogado para un mejor entendimiento de los procesos inferenciales antes mencionados como Regla a la generalización siempre cierta, Caso como el hecho particular en estudio y resultado la inferencia derivada de la interacción lógica de los dos primeros.

Inferencia Deductiva	Inferencia Inductiva
Todos los hombres son mortales (regla) Sócrates es un hombre (caso) Por lo tanto Sócrates es mortal (resultado)	Sócrates en un hombre (caso) Sócrates es mortal (resultado) Por lo tanto Todos los hombre son mortales (regla)

En el ejercicio anterior, ambos silogismos nos llevan a una conclusión válida, pero en el caso de la inducción, esto no siempre se lleva a cabo. Las conclusiones, resultado de la observación y experimentación con casos individuales no garantiza la completa universalidad de la condición para generar como una regla, principio o ley. El razonamiento inductivo nunca alcanzará la certeza del deductivo. La calidad del conocimiento derivado de un proceso inductivo ha sido cuestionada en múltiples ocasiones, algunas veces de manera muy severa. Siempre está la posibilidad de encontrar más de un caso que no cumpla con la conclusión obtenida de una inferencia inductiva. A pesar de esto, el estudio y el avance de las ciencias biomédicas se fundamentan en este tipo de inferencia, por lo que han sido disciplinas siempre criticadas por los filósofos de la ciencia, Karl Popper entre ellos[24]. Esto debe ser motivo de alarma para cualquier cirujano científico que la utilice, por lo que debemos conocer sus limitaciones y cómo manejarlas. A pesar de todo lo anterior, los grandes avances médicos y quirúrgicos, así como las decisiones diagnósticas y terapéuticas rutinarias se han fundamentado en la inferencia inductiva. La misma revolución científica con Newton y Boyle se basó en la inferencia inductiva[25].

Si el resultado de una prueba diagnóstica o una maniobra terapéutica no brinda los resultados esperados, el cirujano debe conocer cuál era la probabilidad de éxito al aplicarlas y manejar cada caso individualizándolo con base en el mejor conocimiento existente. El poder cuantificar la probabilidad de éxito y error en la formulación del proceso inductivo es básico para poder utilizar dichas conclusiones de una manera más segura posible[26]. La utilización del razonamiento inductivo actualmente tiene un lugar en la ciencia, gracias a nuestra capacidad para cuantificar matemáticamente la incertidumbre que conlleva el aceptar su conclusión por medio de Leyes de Probabilidad. En medicina, la utilización de la estadística inferencial y ley de probabilidades son fundamentales para poder ejercer una práctica científica. Esto se conoce como Inferencia Bayesiana que tocaremos más adelante.

Existe un tercer tipo de razonamiento que es el que los clínicos utilizamos en nuestra práctica diaria, y que no sigue los silogismos de las inferencias deductiva e inductiva. Lo podemos ver en el siguiente ejemplo:

Abducción o Inferencia a la mejor explicación	
Todos los hombres son mortales (Regla) Sócrates es mortal (resultado) Por lo tanto Sócrates es un hombre (caso)	Todas las pancreatitis presentan dolor epigástrico (regla) Este paciente tiene dolor epigástrico (resultado) Por lo tanto Este paciente tiene pancreatitis (caso)

A este tipo de inferencia se le han dado distintos nombres, tales como Abducción o Inferencia a la Mejor Explicación. Inicialmente da la impresión de que estamos "adivinando" la razón por la cual el Resultado es derivado la Regla. De hecho, se pueden generar un distinto número de conclusiones, aunque siempre se privilegia a la explicación más directa y sencilla. La base de la formulación de hipótesis utilizando una inferencia abductiva, tiene su origen en un método inductivo. De esto radica su potencial error. Cuando llevamos a cabo el método científico, el proceso de formulación de hipótesis utiliza como base la inferencia abductiva[27]. En el método científico, y su aplicación en el proceso diagnóstico y terapéutico, el proceso de validación de las hipótesis generadas se prefiere realizar por medio de la falsificación de estas. Un concepto trabajado por el filósofo Popper, que nos evita caer en errores lógicos (y catastróficos) derivados de la misma naturaleza imperfecta del conocimiento intuitivo al intentar comprobar como verdadera una hipótesis. Basta decir que el proceso adecuado para prueba de una hipótesis, radica en intentar comprobarla como falsa. Si esto es imposible, entonces ésta tendrá que ser verdadera. En la clínica, es usualmente el valor de la especificidad de una prueba la que nos permite realizar este proceso.

Si los cirujanos queremos practicar una cirugía científica, debemos entender cómo aplicar estos procesos inferenciales, sus fortalezas y debilidades.

El Cirujano Científico en la Clínica

El principal método profesional que realizamos los cirujanos desde tiempos ancestrales ha sido la clínica. El dedicarnos a resolver los problemas de salud que afectan a nuestros pacientes que requieren para su tratamiento de una intervención del tipo quirúrgica. Durante las últimas décadas, se ha avanzado de manera sustancial en el entendimiento de los procesos cognitivos que gobiernan la actividad intelectual del médico a nivel consciente y subconsciente encontrando un papel fundamental en la experiencia empírica y el reconocimiento de patrones para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas[28]. Así mismo, existen cada vez más los intentos para simplificar dichas decisiones apoyando a los médicos en la construcción de árboles de decisiones y la creación de sistemas informáticos disponibles en los puntos de atención de pacientes[29]. Sin embargo, los cirujanos experimentados, utilizan la metodología científica en sus actividades diarias[30].

Observación, Planteamiento del Problema y Anamnesis

El primer paso en el método científico aplicado a la clínica consiste en lo que conocemos como anamnesis médica, correspondiente al primer paso del método científico. La recolección de los datos clínicos relevantes en el caso del paciente en cuestión por medio del interrogatorio y la exploración física. Tenemos incluso una disciplina clínica que se encarga del estudio de los signos y síntomas conocida como semiología. El identificar las razones por las cuales el paciente requiere de nuestra ayuda nos permite el plantear científicamente nuestro problema a estudiar.

Generación de Hipótesis y Diagnósticos Presuntivos

Una vez que el científico identifica el problema, requiere buscar una explicación que le permita el poder entender sus causas y seguramente las intervenciones necesarias para poder corregirlo. Para esto requiere de la generación de hipótesis, suposiciones causales que deberán ser puestas a prueba para poder

comprobar su veracidad. En nuestra práctica clínica diaria, la inferencia abductiva nos permite crear lo que conocemos como Hipótesis Diagnóstica o Diagnósticos Presuntivos. De hecho, podemos tener múltiples hipótesis diagnósticas para poder dar explicación a un padecimiento. Una hipótesis diagnóstica o diagnóstico presuntivo es una inferencia creada con el fin de explicar un caso en particular, pero tiene la característica de poder ser probada como cierta, o falsa. El poder corroborarlas o refutarlas depende de nuestra capacidad para utilizar un proceso de experimentación.

Experimentación, Falsificación de Hipótesis, Utilización de estudios paraclínicos y Elección terapéutica

En la práctica clínica, este ejercicio lo llevamos a cabo utilizando pruebas diagnósticas con sensibilidad y especificidad conocidas. Recordando el papel de la ley de probabilidades y estadística Bayesiana. La inferencia bayesiana nos permite cuantificar la probabilidad de un diagnóstico utilizando la teoría de la probabilidad. Los métodos comprenden el uso de estimaciones tanto de la probabilidad del diagnóstico antes de la prueba (la 'probabilidad *a priori*') como al resultado de la prueba. Estos dos elementos se combinan utilizando reglas de Bayes para estimar hasta qué punto el resultado de la prueba modifica la probabilidad del diagnóstico obteniendo la "probabilidad *a posteriori*". La fuente de la 'probabilidad *a priori*' (prevalencia de la enfermedad) y el rendimiento de la prueba (sensibilidad y especificidad) se pueden tomar de la experiencia del médico o de preferencia, de la literatura. En la actualidad la búsqueda de dichos valores se facilita al poderse encontrar cada vez más frecuentemente por los medios electrónicos conectados a internet, estudios clínicos realizados con alta calidad metodológica gracias a la tendencia de utilizar lo que conocemos como "Cirugía Basada en Evidencia"[31].

La Cirugía Basada en Evidencia (CBE)

El término "medicina basada en evidencia" fue acuñado por Sackett hace ya más de 40 años[32]. En su trabajo clásico, la definió como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado individualizado de los pacientes". La práctica de la medicina y cirugía basada en evidencias busca integrar la experiencia clínica con la mejor evidencia clínica disponible basada en revisiones sistemáticas. Más que utilizar opiniones personales de expertos, se busca la información derivada de estudios realizados con la más alta calidad científica. El avance de la cirugía se ha beneficiado exponencialmente durante las últimas décadas gracias a este movimiento a nivel global.

Para una correcta práctica de la CBE se hace hincapié en cinco pasos esenciales[33].

1. El cirujano identifica una pregunta clínica clara que surge de la atención de un paciente en particular
2. La pregunta conduce a una necesidad de encontrar información. Se identifica la mejor fuente de evidencia disponible para hacer frente a esta necesidad.
3. Las evidencias se evalúan críticamente para su validez y aplicabilidad al problema en cuestión.
4. La evidencia se combina con la experiencia clínica, preferencias y los valores del paciente para determinar una intervención.
5. Se evalúan los resultados de la intervención en el paciente.

A pesar de que el impulso inicial vino desde un punto de vista académico, la idea de mejorar significativamente la calidad de la

atención quirúrgica atrajo especialmente de organismos tanto gubernamentales como privados para dar apoyo tanto a la investigación clínica de calidad, como a las tareas de difusión de la información en la comunidad quirúrgica mundial. Como resultado, la medicina basada en la evidencia recibe el apoyo financiero e ideológico necesario para sostener su desarrollo continuo. La CBE se ha convertido en el nuevo paradigma de la atención clínica.

En la actualidad, la mala utilización de la CBE ha llevado a un descrédito progresivo, derivado tanto de la manipulación del movimiento por parte de grandes compañías transnacionales interesadas en la promoción de sus productos. La utilización de la evidencia obtenida por estudios clínicos y resumida en la forma de guías clínicas, se convierten en "recetas de cocina" que pone en riesgo la calidad de la atención del paciente. Paradójicamente, un movimiento con espíritu científico, puede llevar a los cirujanos optar por brindar una atención mecanizada e intuitiva que no se equipara con el razonamiento científico[34].

Siendo la CBE una herramienta más en la práctica de la cirugía, es muy importante el evitar dar un mal uso de ella. Dentro de los principales obstáculos y críticas a su utilización es el confundir.

Los cirujanos debemos recordar que la CBE es una gran herramienta clínica, que debe ser utilizada de manera científica y no malgastada de manera irracional.

Conclusión

El proceso diagnóstico y terapéutico en la cirugía debe basarse en el método científico buscando llegar a un diagnóstico y plan terapéutico utilizando evidencia generada por estudios clínicos de buena calidad científica conocida como cirugía basada en evidencias[35]. Uno de los objetivos de la filosofía de la ciencia es analizar estas diferentes formas de razonamiento científico para obtener conclusiones científicamente válidas y conocer las formas en las que estamos expuestos al error.

La aplicación del método científico al avance y práctica del conocimiento quirúrgico es un parteaguas en la evolución de nuestra cultura como cirujanos y en el desarrollo de la civilización humana, permitiendo el progreso de la medicina y de la humanidad por medio de nuestras nobles especialidades quirúrgicas. La práctica quirúrgica y su evolución sufrieron un atraso de más de mil 500 años durante la Edad Media. Una vez dadas las condiciones para su fusión, la ciencia y la cirugía, formaron un binomio inseparable que atesoramos y cultivamos para el avance quirúrgico en beneficio de nuestros pacientes y de la humanidad misma.

Referencias

1. Brien, J. C. O. & King, M. L. *My Surgical Heroes*. Proc (Bayl Univ Med Cent) 26, 67–75 (2013).
2. Norbury, L. *The Hunterian Era: Its Influence On The Art and Science of Surgery.* Ann. R. Coll. Surg. Engl. 12, 303–327 (1953).
3. Toledo-Pereyra, L. H. *Birth of Scientific Surgery. John Hunter Versus Joseph Lister as the Father or Founder of Scientific Surgery*. J. Investig. Surg. 23, 6–11 (2010).
4. Real Academia Española. *DLE: ciencia. Diccionario de la Lengua Español*a at <http://dle.rae.es/?id=9AwuYaT>

5. Oxford University Press. Science, n. Oxford English Dictionary at <http://www.oed.com/view/Entry/172672?redirectedFrom=science>
6. Wilson, D. B. *William Whewell, Galileo, and Reconceptualizing the History of Science and Religion*. Notes Rec. R. Soc. Lond. 65, 343–58 (2011).
7. Kenkel, J. M. *Revisiting the Scientific Method*. 29, 167–168
8. Smith, W. *Hippocratic Corpus*. Hippocrates Vol. VII VII, 275 (1994).
9. Daikos, G. K. *History of Medicine: Our Hippocratic Heritage*. Int. J. Antimicrob. Agents 29, 617–620 (2007).
10. Mulaik, S. A. *A Brief History of the Philosophical Foundations of Exploratory Factor Analysis*. Multivariate Behav. Res. 22, 267–305 (1987).
11. Tefekli, A. & Cezayirli, F. *The History of Urinary Stones: In Parallel with Civilization*. Sci. World J. 5, (2013).
12. Bagwell, C. E. *'Respectful Image' Revenge of the Barber Surgeon*. Ann. Surg. 241, 872–878 (2005).
13. Waring, H. *The Hunterian Oration on The Progress of Surgery From Hunter's Day to Ours*. Br. Med. J. 1, 245–51 (1928).
14. Casadevall, A. & Fang, F. C. *Is the Nobel Prize Good for Science?* FASEB J. 27, 4682–4690 (2013).
15. Toledo-Pereyra, L. H. *Nobel Laureate Surgeons*. J. Investig. Surg. 19, 211–218 (2006).
16. Chagpar, A. B. *Innovation in surgery: From Imagination to Implementation*. In American Journal of Surgery (2011). doi:10.1016/j.amjsurg.2011.08.002
17. Davis, K. a & Rozycki, G. S. *Acute Care Surgery in Evolution*. Crit. Care Med. 38, S405–S410 (2010).
18. Bellon, R. *Inspiration in the Harness of Daily Labor. Darwin, Botany, and the Triumph of Evolution, 1859-1868*. Isis. 102, 393–420 (2011).
19. Neugebauer, E. A. M., Tjardes, *T. & Multidisciplinary Working Group on Complexity. New Approaches to Shock and Trauma Research: Learning From Multidisciplinary Exchange*. J. Trauma 56, 1156–65 (2004).
20. Wagensberg, J. *On the Existence and Uniqueness of the Scientific Method*. Biol. Theory 9, 331–346 (2014).
21. Osler, M. J. John. *Locke and the Changing Ideal of Scientific Knowledge*. J. Hist. Ideas 31, 3 (1970).
22. Lehoux, D. *Laws of Nature and Natural Laws*. Stud. Hist. Philos. Sci. Part A 37, 527–549 (2006).
23. Gay, S., Bartlett, M. & McKinley, R. *Teaching Clinical Reasoning to Medical Students*. Clin. Teach. 10, 308–12 (2013).
24. Hull, D. L. *The Use and Abuse of Sir Karl Popper*. Biol. Philos. 14, 481–504 (1999).
25. Bellon, R. *There is Grandeur in This View of Newton: Charles Darwin, Isaac Newton and Victorian Conceptions of Scientific Virtue*. Endeavour 38, 223–234 (2014).
26. Nendaz, M. & Perrier, A. *Diagnostic Errors and Flaws in Clinical Reasoning: Mechanisms and Prevention in Practice*. Swiss Medical Weekly (2012). doi:10.4414/smw.2012.13706
27. Kapitan, T. *Peirce and the Autonomy of Abductive Reasoning*. Erkenntnis 37, (1992).
28. earson, H. *Science and Intuition: Do Both Have a Place in Clinical Decision Making?* Br. J. Nurs. 22, 212–5 (2013).
29. Sandell, E. et al. *Surgical Decision-making in Acute Appendicitis*. BMC Surg. 15, 69 (2015).
30. Bolton, J. W. *Varieties of Clinical Reasoning*. J. Eval. Clin. Pract. (2015). doi:10.1111/jep.12309
31. Berguer, R. *The Evidence Thing*. Ann. Vasc. Surg. 18, 265–270 (2004).

32. Buzzetti, R. David sackett. Quad. ACP 22, 213 (2015).
33. Randolph, A. G., Haynes, R. B., Wyatt, J. C., Cook, D. J. & Guyatt, G. H. *Users' Guides to the Medical Literature*. Jama 282, 67 (1999).
34. Greenhalgh, T., Howick, J. & Maskrey, N. *Evidence Based Medicine: A Movement in Crisis?* Bmj 348, g3725–g3725 (2014).
35. Willis, B. H., Beebee, H. & Lasserson, D. S. *Philosophy of Science and the Diagnostic Process*. Fam. Pract. 30, 501–505 (2013).

CAPÍTULO
18

EL CIRUJANO GENERAL Y LA EVIDENCIA

Dr. Alberto Campos Campos

Introducción

La moda basada en la evidencia

Las prácticas en medicina y cirugía, como cualquier otra actividad humana, cambian de acuerdo con modas, costumbres en boga y hasta gustos colectivos de vigencia variable. Una característica de las modas, en tanto usos y costumbres, es que no siempre son racionales; a menudo se adoptan irreflexivamente, condicionadas por contigüidad entre los miembros de una comunidad. Y los cirujanos no son la excepción.

Otra característica de las modas es que se usan para mostrar prestigio, una forma de poder en la comunidad, pero también de ésta por encima de otras. ¿Por qué las comunidades de cirujanos no habrían de buscar, mediante modas, un acomodo en el ecosistema? Las modas son también mecanismos adaptativos en la evolución de las profesiones.

Entre las modas se encuentran las del lenguaje, y en este sentido los términos también son adoptados sin mucha reflexión o, por el contrario, con una intención de posicionamiento discursivo. Son tristemente célebres algunos términos contemporáneos en boga, como 'usuario', el que usa nuestros servicios, para referir al paciente, el que padece la enfermedad, y 'prestador de servicios' para referir a una institución de salud, pero también al médico en tanto simple proveedor, mientras se ignora el origen mismo del término 'médico', del latín *medicus*, de *mederi*, cuidar. El médico, quien cuidaba a los padecientes; ahora es un proveedor para usuarios. El doctor, del lat. *doctor*, *doctoris*, derivado de *docere*, enseñar, es el que enseña, y el cultismo docto, de *doctus*, su participio pasado, enseñado. Entonces, si el médico, el doctor, es quien fue enseñado para cuidar, para curar, qué inferior resulta aceptar y usar de acuerdo con la moda la expresión 'prestador de servicios', y cuánto se lesiona la propia reputación. Hay conceptos de moda que dejan al médico bastante mal parado. Pero el problema es que éste, buscando un posicionamiento rápido y fácil, los adopta en sus discursos hasta que se vuelven vacíos, lugar común, hasta que pierden su significado.

Ciertamente, los términos evolucionan con el tiempo, con el uso erudito o popular que se les da, con la manera cuidada o descuidada de hablar. 'Evidencia' es uno de éstos, tan gastado, que por querer basarlo todo en evidencia discursiva pierde valor en términos de conocimiento; en otras palabras, se mezcla un uso casual de los términos. Por eso trataré

en este capítulo lo que se consideraba evidencia en la antigüedad y cómo su naturaleza ha cambiado hasta nuestros días, insistiendo en el modelo Medicina Basada en Evidencia (MBE, *Evidence-Based Medicine*, EBM), anunciado prematuramente por el *Evidence-Based Medicine Working Group* como paradigma (otro término tan gastado como ambiguo), si su uso puede ser orientador, camisa de fuerza intelectual o desparpajo retórico, y dónde quedan la intuición y el buen juicio del cirujano.

¿Qué es la evidencia?

La intención de llevar registros de sucesos médicos se encuentra ya en Mesopotamia, en listas de actos médicos, augurios y leyes, ordenados sistemáticamente por eventos, y plasmados en tabletas de arcilla dos mil años antes de la era cristiana. Los intentos más antiguos de una medicina erudita, independiente de dioses, demiurgos, profecías y explicaciones no naturales del mundo natural, se remontan al siglo V a. de C. Los médicos griegos fundamentaban el arte con base en observaciones empíricas, razonamiento lógico y pericia. En el pensamiento griego era importante la observación directa de la naturaleza, la *physis*, como evidencia de lo que acontece en el mundo, en oposición a un montón de metáforas y mitos arcaicos que intentaban explicarlo solamente con imágenes. Aristóteles recomendaba "recurrir al examen de las partes internas de otros animales cuya naturaleza semeje la del hombre." Herófilo y Erasístrato, en la Grecia alejandrina, llevaban a cabo vivisecciones en humanos, procurándose criminales vivos mediante permiso real; el primero habría disecado, de acuerdo con testimonio de Tertuliano, "cientos de personas."

Ciertamente, la calidad de la evidencia cambia con la cualidad de las exigencias de la ciencia. Actualmente, la evidencia directa se considera ilustrativa, pero no explicativa de la causalidad. Antes de abordar el modelo, entonces, veamos algunas definiciones de sentido común, de diccionarios autorizados pero no médicos. La entrada en el *Oxford English Dictionary* dice "información o signos que indican que una creencia o proposición es verdadera o válida"; el Merriam-Webster tiene una entrada tan circular como enigmática, "algo que muestra que algo más existe o es verdadero, un signo visible de algo"; la 23ª Ed. del Diccionario de la Lengua Española (octubre de 2014) refiere evidencia como "certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar." ¿Cómo puede tenerse en medicina la certeza clara y manifiesta de una verdad de la que no se puede dudar? ¿Con qué tipo de evidencia debe tomar decisiones el cirujano? Acaso podría empezar con una evidencia directa al estilo alejandrino, bajo anestesia, claro está; pero ante la evidencia directa en un paciente, accesible a los sentidos, no podría dar cuenta cabal de la causalidad de lo que ve, ni predecir los resultados de sus acciones. Sólo calcular. Aquí viene entonces la herramienta MBE, como un intento de auxiliarnos en la toma de decisiones, con base en experiencias previas. Aquí su limitación misma, explicar qué intervenciones terapéuticas tendrán, en el futuro, los mejores resultados en un enfermo, de acuerdo con análisis de experiencias pasadas en grupos grandes de pacientes, la parte por el todo.

¿Cómo se construye la evidencia y qué sesgos tiene ese constructo?

La evidencia no se obtiene directamente, se construye; se hace énfasis en grandes bases de datos que emanan de los mega ensayos aleatorizados y se los somete a metaanálisis matemáticos para considerar, una por una, diferentes intervenciones terapéuticas. Cuando se escruta más de una, la complejidad de

los fenómenos biológicos, que no son lineales, introduce un sesgo natural. El análisis provee datos que se interpretan para construir una evidencia relativa, con validez también relativa, no una certeza clara y manifiesta de la que no se pueda dudar. El programa *Problem-Based Learning* (aprendizaje basado en problemas), de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster, hace hincapié en la bioestadística como "el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales" [8,9]. Quienes proponen la bioestadística de ese modo, dan a la herramienta un estatuto de "estándar de oro" como criterio superior y en contra de otros tipos de evidencia.

Es importante no tomar las modas al pie de la letra, sin una adecuada crítica metodológica. Un lector cuidadoso notará dos puntos; el primero, nada trivial, la intención de un uso "explícito" de la bioestadística, aislada, no en conjunto con otros tipos de evidencia, la matematización de los datos obtenidos de observaciones de sucesos biológicos para hacer predicciones lineales de fenómenos complejos; el segundo, para temperar un poco el entusiasmo, la recomendación de un uso "juicioso" de la herramienta, un uso juicioso del oro de la ciencia.

Y esto me lleva a un par de digresiones. La primera; si no todo lo que brilla es oro, recordaré al tristemente célebre rey Midas, a quien Dionisio concedió el tonto deseo de transformar en oro todo lo que tocase, contraproducente hasta para comer. La parte menos conocida del mito cuenta que, una vez más, las decisiones de Midas no eran afortunadas; cuando se le invitó a una justa musical entre Apolo tocando la lira y Pan tocando la flauta, y tras el veredicto de la victoria del primero, Midas no pudo contener la palabra imprudente y se pronunció públicamente por el segundo. Apolo lo castigó cambiando sus orejas por orejas de burro, que desde entonces escondió bajo un gorro frigio. Terminaré diciendo entonces que la expresión 'medicina basada en evidencia' bien podría producir en nuestros oídos el efecto de una flauta de Pan.

Salgamos entonces de la metáfora griega y vayamos a una segunda digresión, a la psicología de la ciencia. Puede ser que el uso explícito de la bioestadística se aplique sin mucho problema, como herramienta metodológica, para estudios relativamente sencillos, pero cuando tratamos con la complejidad los problemas se vuelven difíciles de entender, son imprecisos, a veces indefinidos y, como da cuenta Abraham Maslow en su *Psychology of Science*, muchos científicos (yo diría las personas en general) desestiman aquello que no pueden comprender. Cuenta Maslow que algunos "elevados procesos psicológicos" no cuadran bien en la maquinaria existente para adquirir un conocimiento confiable; es como tener "algo en la cocina", útil para procesar algunas cosas, pero no todas". Continúa con el ejemplo de una máquina automática de lavado de autos, que los lava muy bien, pero no hace otra cosa, y todo lo que entra en ella es lavado como un auto, pero nada más. Por eso supone que, si lo único que se tiene a la mano es un martillo, es tentador tratarlo todo como clavo.

La experiencia directa se sustituye entonces por un compendio de las investigaciones de otros, analizadas por revisores sistemáticos, lo que, en términos del *Evidence-Based Medicine Working Group* arriba citado, "desenfatiza la intuición, la experiencia clínica no sistemática y el raciocinio fisiopatológico como fundamento suficiente para la decisión clínica y hace hincapié en el examen de la evidencia que emana de la investigación clínica." Requiere no sólo búsquedas eficientes de literatura sino "la aplicación de reglas for-

males de evaluación de la literatura clínica." Y ahí aparecen los problemas, el de búsquedas eficientes de literatura y el asunto de "las reglas formales." Aún otra fuente de sesgo es que la MBE, haciendo énfasis en grandes bases de datos, en el papel primario de la estadística, considera la evidencia como el análisis de un compendio de la investigación de otros, cuyos árbitros son revisores sistemáticos y estadistas, no clínicos.

Además de búsquedas eficientes, para lo cual el cirujano debe adiestrarse sin excusa, y que están sujetas al sesgo de la propia impericia para consultarlas, los resultados tienen otro sesgo; los revisores sistemáticos de la literatura frecuentemente excluyen publicaciones que se encuentran en otro idioma diferente del inglés, ciertamente la *lingua franca*, pero suponer que sólo éstas tienen la calidad que las haga dignas de análisis es un prejuicio, los datos se analizan en lenguaje matemático, no otro, y un buen análisis puede estar redactado en cualquier idioma. Entonces, la evidencia en la que se quiere basar la medicina es incompleta.

El médico, y el cirujano en particular, encuentran una tensión entre las reglas formales de una evidencia incompleta en la evaluación de la literatura clínica y la racionalidad fisiopatológica, precisamente una forma intuitiva del juicio clínico; entre el constructo y la percepción directa de lo que el clínico considera evidencia; entre la medicina basada en bioestadística y la medicina basada en su experiencia personal. La MBE no considera el paciente individual.

Al ser un instrumento basado en estadística, es claramente posible que un paciente se comporte de manera diferente de la estadística construida con otros pacientes. Ciertamente, las probabilidades de que encaje en las características de ese grupo son muy altas, pero ni éste ni su médico pueden saber de antemano si será la excepción, el cisne negro que sale de la regla.

3. Algunas limitaciones de la MBE

Para fines de este trabajo mencionaré sólo unas pocas limitaciones, las más visibles. Una primera es la dificultad (aunque no la imposibilidad) para instrumentar prácticas, pues las guías o formularios que se construyen con criterios que emanan de la revisión de la literatura, por causa misma de los estándares particulares de quienes las elaboran, no siempre pueden ser instrumentadas en todos los hospitales. De tal suerte, más que ser una guía de procedimientos óptimos, a veces pueden ser un catálogo de frustraciones entre lo que debiera ser y lo que es.

Otra limitación es que, a pesar de las mejores intenciones, el seguir al pie de la letra una guía puede no ser económico en términos de decisiones bajo incertidumbre. Primeramente, porque no hay datos basados en evidencia para toda decisión quirúrgica, ni están siempre disponibles las existentes, en el momento en que las necesitamos. Otra, no menos importante es que no pueden hacerse estudios aleatorizados controlados entre diferentes intervenciones quirúrgicas, pues someter a grupos a la rama placebo, o bien, a la rama de una intervención paradigmática, por el daño al que se somete a los pacientes, es inmoral.

En consecuencia, el cirujano no puede escapar a las decisiones bajo incertidumbre con base en sus intuiciones, con base en mecanismos mentales inconscientes llamados heurísticas que, si bien son económicos, están propensos a un nivel considerable de error.

Problemas de la estandarización y legalización de la evidencia

Es importante saber quiénes elaboran las guías. Las guías de práctica clínica son productos humanos, construidos mediante consensos de grupos de expertos designados, quienes llevan a cabo una selección de datos

(un sesgo necesario); con criterios variables y desconocidos por el cirujano clínico.

Como todo producto humano, tienen errores, imprecisiones, pueden estar incompletas o, de plano, ser inoperantes para medios hospitalarios diferentes de los medios en que dichos expertos se desenvuelven.

En los EE. UU. la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos (*U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF*) es un grupo independiente, voluntario, de expertos nacionales en la prevención y en la Medicina basada en evidencia. Desde 1998, ha sido autorizada la Agencia para la Investigación y Calidad en el Cuidado de la Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*) para convocar a la *Task Force* y proveerle apoyo contínuo científico, administrativo y de difusión en la elaboración de las guías.

En México las guías de práctica clínica (GPC) se hacen por diferentes grupos de expertos para diferentes especialidades. "La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud por conducto del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica coordina la integración sectorial del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica como un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, teniendo como objetivo reducir la variabilidad de la práctica clínica, así como el uso de intervenciones innecesarias o inefectivas, facilitar el tratamiento de pacientes con el máximo beneficio y el menor riesgo a un costo aceptable".

En el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC) de la Secretaría de Salud, se especifica que "las GPC son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica. Las GPC fueron elaboradas por los Grupos de Desarrollo de acuerdo a la metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud de México (SECRETARíA DE SALUD, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF, PEMEX)."

Veamos ahora si su uso puede ser orientador, camisa de fuerza intelectual o desparpajo retórico de quienes redactan guías.

El problema reside en una ambigüedad en la redacción misma de la ley, que hace que carezca de precisión y agregue confusión al médico en el momento de tomar decisiones. El artículo 32 de la Ley General de Salud establece: "se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud." Y se agregó un segundo párrafo, "*para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse de las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud*." El decreto por el que se reformó el artículo fue expedido el 26 de abril de 2016, publicado el 1° de junio y entró en vigor al día siguiente. La ambigüedad del segundo párrafo, que he puesto en cursivas, consiste en el término 'podrán', que implica, de acuerdo con primera la entrada en la 23ª Ed. del Diccionario de la Lengua Española (octubre de 2014), "tener expedita la facultad o potencia de hacer algo", mientras que la segunda entrada dice "tener facilidad, tiempo o lugar de hacer algo", y la sexta dice algo aún más ambiguo, "ser contingente o posible que suceda algo." De modo que el cirujano puede o no tener una facultad o la facilidad de consultarlas, y esta facultad y facilidad pueden ser posibles, pero contingentes.

La ambigüedad parece implicar legalmente que, si por cualquiera de las contingencias que acabo de citar pero, también, si por criterio del cirujano ante un problema que se le presenta en tiempo real y que tiene que resolver con relativa celeridad, y ante la imposibilidad de consultar, y de acuerdo con su experiencia, actúa sin consultar la guía, entonces se le podrían fincar responsabilidades en caso de un error médico, si se considera 'error médico' como "conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto".

Pero el asunto de conducta equivocada o de criterio incorrecto puede juzgarse, finalmente y para fines legales, sólo a la luz de los efectos de sus acciones. No se puede acusar a un profesional de incurrir en la violación de una norma (oficial), ni de su inobservancia si no hay daño; para decidir sobre su responsabilidad será necesario entonces recurrir a otros criterios.

La normatividad corresponde a las instituciones y a los directores de éstas, no a los profesionales; la Secretaría de Salud regula los establecimientos que proveen los servicios, no el ejercicio profesional individual. Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) regulan que los establecimientos estén adecuadamente equipados y provean los insumos y servicios adecuados, pero no regulan el cómo los profesionales hacen las cosas. El cirujano tiene libertad de prescribir sin otra coerción que su pericia y su buen juicio; de tal suerte, se le pueden aplicar sanciones de tipo penal, si y sólo si su conducta provoca lesiones, que pueden llegar incluso hasta el homicidio, que cuando es consecuencia de accidentes, impericia, imprudencia o negligencia, será culposo, pero que no podrá tipificarse como doloso, si en la iatrogenia no hubo intención de asesinar. En ausencia de iatrogenia, las inobservancias de las normas pueden conducir a sanciones de tipo civil, laboral o administrativo, pero si no hay lesiones, no podrán ser penales.

¿Cuál parece la mejor opción?

Visto así el panorama, parecería una situación dilemática decidir entre aplicar los metaanálisis y las guías de práctica clínica o irse por la libre y decidir por la propia experiencia, con base en la intuición y el buen juicio del cirujano. Esta decisión no siempre es fácil cuando el escenario que se nos presenta difiere mucho de lo que los metaanálisis recomiendan para obtener un mejor pronóstico y evitar iatrogenia. Pero no es dilemática en sentido estricto; ante la opción contemplativa no hay callejón sin salida, si la abstención no obedece a razones fisiopatológicas específicas del paciente, por las cuales se haga necesaria una espera vigilante, el cirujano tiene que actuar.

Una actitud abierta parece ser la más adecuada. Para ello hay que tener en cuenta que existen varios niveles de aplicación y recomendación de las diferentes herramientas en la ciencia, y recordemos que la MBE es una de ellas. En el nivel más alto se encuentran los fundamentos teóricos, que se discuten y critican en la academia y en la enseñanza, pero que no siempre son, por su grado de abstracción, aplicables. En un estrato intermedio existen las políticas de salud, los hospitales y comisiones que hacen las recomendaciones, de modo que, entre mayor es su generalidad, mayor la aplicabilidad a las poblaciones blanco, pero menor su especificidad, con lo que, a veces sirven como guías pero, a veces, frente al problema, no dicen gran cosa. En el nivel inferior está el cirujano que practica, quien consulta, diagnostica y opera, quien tiene que adaptar todo el aparato teórico y legal de las recomendaciones a la situación que debe resolver, con base en su buen juicio.

Responsabilidades del cirujano ante la moda

La medicina no es una ciencia exacta, es un arte y, como todo arte, está sujeto a modas. Los valores y las normas en la ciencia también están sujetos a modas, aunque es preciso puntualizar que no todas, por ser modas, son inconsistentes.

Bien puede el cirujano argumentar que para normar su criterio sabe hacer lo que hace, que tiene experiencia en eso que hace y que existe literatura que ha consultado a ese respecto, pero en caso de iatrogenia, además de ofrecer literatura, deberá comprobar que entendió el problema y que tiene la experiencia necesaria para abordarlo, si se considera el criterio médico como "juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentada en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia".[19]

Además, aunque un error puede deberse a un concepto equivocado o mal entendido, y a un juicio incorrecto, el problema se complica si el resultado de las decisiones bajo incertidumbre es probabilístico y heurístico, ya que ni una buena decisión conduce siempre a un buen resultado ni una mala decisión resulta siempre en un daño al paciente.

Vistas así las cosas, de la evidencia ¿qué podemos saber? ¿Qué puede ser lo mejor del conocimiento de un cirujano? En el momento de la decisión, con todo el conjunto de lo aprendido y la experiencia detrás, aparte de un buen juicio, no disponemos de otra cosa. Dicho con mayor precisión, ese conjunto de lo aprendido y actualizado, siempre revisado a la luz de los nuevos análisis y reforzado por la propia experiencia de lo hecho, de los fracasos y de la iatrogenia, refuerza nuestras inferencias en el momento de la decisión bajo incertidumbre.

Vale decir entonces que es mucho más difícil, pero más fructífero, proponerse un conocimiento profundo de los problemas quirúrgicos, en vez de restringirse a aplicar, de manera exclusiva y miope, herramientas elegantes y estándares dorados como la bioestadística. Expresado de manera simple, esforzarse en una búsqueda continua y metódica de información pertinente, en examinar y entender la metodología de los metaanálisis que se consultan, en el esfuerzo de una lectura crítica más allá de los abstractos. Ni todos los metaanálisis son oro molido, ni por ser metaanálisis son perfectos, ni son siempre extrapolables al enfermo individual ni a todas las prácticas hospitalarias, ni excluyen las habilidades clínicas.

En suma, el cirujano deberá estar preparado para respaldar sus juicios sobre lo que considera evidencia; con o sin guías, con o sin el último metaanálisis en la bolsa. Deberá autocriticarse dura y permanentemente y cuestionar más severamente aún sus limitaciones de aptitud y de actitud. Ese ejercicio de autocrítica nace de una autoconciencia, y ésta es la cualidad más importante, más difícil de cultivar y reforzar. La autoconciencia, a la vez, nace –volvamos a los clásicos– del *primum non nocere*, de la ponderación oportuna de lo que en un momento dado podrá ser lo mejor o lo inútil para un paciente. Mediante ese ejercicio de autocrítica, haremos más probable que se beneficien de lo mejor de nuestro conocimiento, en vez de sufrir, precisamente, lo mejor [sic] de nuestro conocimiento.

Referencias

1. Corominas J, Pascual JA. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid, Gredos, 1981, 1ª reimpresión 1985, tomo IV, p. 14.
2. Corominas J, Pascual JA. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid, Gredos, 1980, 1ª reimpresión 1984, tomo II, p. 509.
3. *Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*. JAMA 1992; 268 (17), 2420-2425.
4. Veldhuis, Niek. 2006. *Divination: Theory and Use*. En Guinan AK, Ellis MJ, Ferrara AJ, et al. 2006; 487-97.
5. Longrigg J. *Greek Rational Medicine. Philosophy of Medicine from Alcmaeon to the Alexandrians*. Taylor & Francis. 2003; 188.
6. Aristóteles. *Historia animalium*. Libro 1 §16, fr.494 b 21-24. En *Complete Works of Aristotle*. Jonathan Barnes (ed.), Princeton University Press, Princeton, N.J. 1984; imp. 1991. Vol. I, p. 18.
7. Dobson JF. *Herophilus of Alexandria. Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1925; 18, (1 & 2), 19-32.
8. Maslow A. *The Psychology of Science: A Reconnaissance. Maurice Bassett Publishing*. 1966, imp. 2002, p. 15.
9. Charlton BG, Miles A. *The Rise and Fall of EBM*. Q J Med. 1998; (91) 371–374.
10. Lambert H. *Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine*. *Social Science & Medicine* 2006; 62, 2633–2645.
11. Kahneman D. *Judgment and Decision Making: A Personal View*. Psychological Science 1991; (2), 142-145.
12. Tversky A, Kahneman D. *Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Science 1974; 185 (4157), 1124-1131.
13. USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force). Grade Definitions after July 2012. *What the Grades Mean and Suggestions for Practice*. En: Grade Definitions. U.S. Preventive Services Task Force. Octubre 2014. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions Consultado el 21/04/2016.
14. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/dir_gpc.html Consulta del 15 de agosto de 2016.
15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html Consulta del 15 de agosto de 2016.
16. Peña Nieto E. *Decreto por el que se reforma el artículo 32 de la Ley General de Salud.* Diario Oficial de la Federación. 1° de junio de 2016. (Cursivas añadidas) En: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5439584&fecha=01/06/2016 Consulta del 18 de agosto de 2016.
17. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. *El error médico. Eventos adversos*. Cirugía y Cirujanos, 2006; 74 (6), 495-503.

CAPÍTULO
19

EL CIRUJANO GENERAL Y LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Dr. Juan Mier Díaz

Educar y enseñar son acciones o procesos que están firmemente asociados a la práctica quirúrgica. Cómo hacer ambas cosas ha tenido cambios desde que se tiene noticias de la medicina helénica, pero nos centraremos a lo que llamaremos el siglo de los cirujanos, partiendo de la aplicación de la primera anestesia hasta nuestros días y más concretamente al modelo importado de Europa hacia la institución Johns Hopkins en Baltimore, Maryland, en los Estados Unidos de Norte América. Para la medicina interna el modelo implantado fue debido a la decisión de William Osler, y se acepta que el cambio del aprendizaje de la cirugía pertenece al William Halsted.

Conviene describir para objeto de este capítulo que el modelo inicial de la enseñanza de las técnicas quirúrgicas fue adoptado en Estados Unidos, a principios del siglo XX, por el hecho de que William Halsted, visitara en Berlín a, Theodor Billroth para conocer la técnica de gastrectomía, descrita por el cirujano alemán; observó Halstead que, los asistentes y ayudantes de Billroth vivían en el hospital y lo seguían en todas sus actividades clínicas y quirúrgicas. A su regreso a Baltimore, Halsted instauró el sistema de residencias médicas como se conoce en la actualidad; modificó la condición de aprendiz del experto a un trabajo remunerado realizado por una persona preparada, el residente. Es un modelo enfocado hacia el conocimiento de las ciencias básicas, investigación y tomar gradualmente la responsabilidad en el manejo del paciente.

En México, oficialmente se reconoció la necesidad de que los estudiantes de medicina tuvieran contacto con pacientes hospitalizados. También a principios del siglo pasado el término internado se aceptó oficialmente en 1912. Los alumnos del sexto año de la carrera de Medicina deberían permanecer dentro del hospital para atender personalmente y bajo su res-ponsabilidad los casos médicos, quirúrgicos y obstétricos, tales lineamientos no se generalizaron y sólo los alumnos que manifestaban deseo de profundizar en alguna rama de la medicina y tenían la oportunidad de ser aceptados como ayudantes de un maestro, podían obtener la práctica necesaria para adquirir las destrezas en el área. Fue hasta 1941, bajo el liderazgo indiscutible de Gustavo Baz, que se inauguró la residencia médica en el país con el Hospital General de México como sede de este programa. Pasaron casi 40 años de la instauración de las residencias en Estados Unidos. Los primeros residentes se eligieron

con base en sus antecedentes académicos, duraba un año.

El aprendizaje y enseñanza de la cirugía desde Halsted se fundamentó bajo la figura de mentor, esto es, un encargado, consejero o guía directo del médico residente, que también fungía como supervisor de sus avances técnicos.

Podemos aceptar que la enseñanza de la cirugía se mantuvo con cambios mínimos o casi imperceptibles durante casi 80 años. La necesidad de mantenerse con conocimientos vigentes, referida como educación médica contínua, ha sido un acompañante inseparable y es un área fundamental en la actividad del médico una vez que termina su entrenamiento y aprendizaje en los años de residencia.

El cambio, considero, se empezó a gestar al final de la década de 1980 principios de los noventa, con la aparición en escena de la cirugía de invasión mínima que rompió paradigmas en el aprendizaje, enseñanza y práctica de la cirugía, al mismo tiempo la educación médica contínua tuvo que transformarse para adaptarse a este cambio. Un factor fue determinante, fue la irrupción en el campo profesional de la generación nacida en la década entre 1980 y 1990, referida en la actualidad como milenarios, cuyas características vale la pena que se describan para entender las necesidades de educación médica continua indispensables en la actualidad.

Se les reconoce al menos 6 atributos. En primer lugar son nativos digitales, a diferencia de sus predecesores que son migrantes digitales y tuvieron que aprender la digitalización para poder estar a tono con lo cotidiano. La tecnología es una extensión de su propio cuerpo, sus relaciones están mediadas por un monitor, lo virtual lo asumen como realidad sin cuestionamiento, es una misma cosa; un segundo atributo es ser multitareas, sin problema realizan varias cosas a la vez; en tercer lugar, son adictos a la telefonía celular, la mitad de ellos admite que no podrían transitar en la vida sin su teléfono inteligente, utilizan y consumen aplicaciones móviles; en cuarto lugar, pero no menos relevante que las previas, es el hecho de que son extremadamente sociales, prácticamente el total de los milenarios participa en redes sociales, medio que utilizan para compartir, antes de cualquier decisión escuchan, preguntan, investigan, generan contenidos, difunden rápidamente experiencias positivas, se fían más de la opinión de sus redes sociales que de ninguna otra persona, su medio de interactuación es la red; un quinto atributo con un peso específico en su accionar es que son extremadamente exigentes, muy críticos y si algo no alcanza sus expectativas cambian de opción fácilmente. Complementa una sexta característica de este influyente grupo su afán autosuficiente y protagónico, valoran la participación y la colaboración, valoran la transparencia y tienen un gran aprecio por el compromiso social.

Este es el grupo demográfico que en la actualidad forma parte de los cirujanos más jóvenes y que en un par de lustros serán los que dominen la actividad profesional, y la educación médica continua de la cirugía será únicamente con nativos digitales, de hecho la realidad de nuestros días es el mundo digital.

En conclusión, tenemos que asumir dos escenarios, un cambio en la forma de tratar pacientes, debido a los avances tecnológicos, adecuarnos a una evolución postoperatoria diferente, con internamientos más cortos, los cuales son mejores para el paciente, pero malo para el residente ya que no alcanza a observar y a aprender de la evolución después de la operación. El otro escenario es que estamos ante un grupo que aprende y quiere ser enseñado de acuerdo a sus características, conformado por los milenarios. Por lo anterior

tendremos que adaptarnos a sus expectativas, y habrá necesariamente un ejercicio de tolerancia generacional, ya que el experto actual es un migrante digital que se adapta al mundo del nativo digital, se requiere paciencia en ambos extremos. Todo es cuestión de tiempo para que todo el escenario sea protagonizado por los milenarios.

Lo anterior se aplica prácticamente en la totalidad de las actividades de cualquier profesión, sin embargo, en la medicina y en la cirugía no es suficiente con este tipo de aprendizaje y forzosamente se requiere el contacto con el paciente, y en cirugía la practica en procedimientos reales con un paciente, eso sí con la ventaja de haber estudiado virtualmente la técnica quirúrgica.

Analicemos las posibilidades digitales de la enseñanza que están ya al alcance de los responsables de la educación.

El primer término a considerar es el concepto de educación electrónica, se refiere a entregar programas de aprendizaje, entrenamiento y educación a través de medios electrónicos. Se conoce las ventajas de la educación por medios electrónicos, como la accesibilidad expedita y la responsabilidad del usuario. Los programas electrónicos de educación, deberán cumplir con atributos perfectamente definidos como es la medición de resultados y la interacción del usurario.

Como se estableció al principio de este ensayo, un parteaguas en la enseñanza de la cirugía lo fue y es una realidad actual inobjetable, la cirugía de mínima invasión. Las técnicas quirúrgicas que se aprenden en láminas de dibujos profesionales y con un descripción escrita de cada paso, se han enriquecido con plataformas donde se muestra en forma real, cómo transcurre la operación, de esta forma al estar ante un caso real el residente quirúrgico tiene una idea más clara de lo que se va a hacer o en su caso de lo que él va a tener que efectuar; asimismo existen modelos inanimados, llamados simuladores, donde es posible practicar algunos procedimientos quirúrgicos, lo que sirve para tener perfectamente asumido los pasos quirúrgicos, previamente al encuentro de un paciente real.

Existe en el mundo de la red ofertas de plataformas con videos de procedimientos quirúrgicos. La que tiene más accesos a nivel mundial es *YouTube*™, con la ventaja que son imágenes realizadas por diferentes cirujanos con diferente preparación y destreza, por lo que me parece más real que aquellas plataformas donde grandes expertos en la materia hacen el procedimiento. Recomiendo utilizar tanto videos libres como aquellos con una revisión colegiada, lo que permitirá formarse imágenes con diferentes grados de destreza.

Congruentes a la necesidad de interacción social, que es otro de las demandas de la forma de comunicación vigente, están las llamadas redes sociales, las cuales también se usan para transmitir y compartir conocimiento. Son aplicaciones basadas en internet que permiten el intercambio de información entre individuos o grandes grupos, es una forma de interacción rápida entre los usuarios. En este mecanismo de comunicación se encuentran los *blogs*, *Facebook*™, y *Twitter*™. Dadas sus características de ser una discusión en línea y de publicación de información es la herramienta preferida para intercambiar conocimiento.

La realidad virtual es un ambiente creado mediante un programa de computadora y estable un realismo que despierta una respuesta fisiológica en el aprendiz y se traduce positivamente al entorno de la sala quirúrgica.

Dos modalidades de enseñanza y aprendizaje, la robótica y la tele cirugía, tienen ya un espacio propio en la actualidad. Con la robótica

se permite lograr situaciones como la tercera dimensión que se pierde con los procedimientos laparoscópicos, existe una magnificación de 10X y movimientos con la mano que la articulación humana no puede realizar. La robótica permite al cirujano ensayar el procedimiento quirúrgico antes de realizarlo. Con la robótica pueden hacerse procedimientos a distancia los cuales se dispararán una vez que se regule su uso de acuerdo a las limitantes laborables que representa ejercer en un sitio donde no tenemos licencia para hacerlo.

Se ha propuesto un cambio en el concepto de educación médica continua, (EMC) por el de desarrollo profesional continuo (DPC); éste se fundamenta en las necesidades individuales de aprendizaje a través de su ejercicio profesional y abarca una amplia gama de actividades profesionales. Se debe atender cuatro etapas: identificación de las áreas que necesita mejorar, compromiso con el aprendizaje, aplicar el nuevo conocimiento y destrezas a la práctica y evaluar la mejora. Cada cirujano necesita perseguir con regularidad estas etapas para mejorar su ejecución profesional.

Para identificar las áreas a mejorar, la autoevaluación es el mejor método para evaluar las necesidades de aprendizaje; para comprometerse con el aprendizaje generalmente el cirujano lo hace si tiene la percepción que le será útil en su trabajo, sin lo cual no existirá el compromiso para aprender; después de adquirido el conocimiento, la aplicación de éste conviene realizarla con alguien que apoye, o vigile y aconseje la implementación, esta parte puede ser llevada a cabo en la institución del guía, o a que el guía vaya a la institución del alumno; la última etapa de este proceso, probablemente sea la más difícil, ya que evaluar las destrezas y conocimientos adquiridos sería a través de los resultados clínicos y no siempre se tiene acceso a ellos.

El concepto de desarrollo profesional continuo, como tal, no se ha difundido en México, sin embargo, dos organizaciones directamente relacionadas con la actividad del cirujano, tanto en entrenamiento como graduado influyen positivamente en las actividades de aprendizaje, difusión y evaluación de los cirujanos; una es regulatoria, Consejo Mexicano de Cirugía General, el cual tiene un perfil de certificación de conocimientos para ejercer la especialidad de cirugía; la primera certificación es, una vez terminado el entrenamiento hospitalario como residente quirúrgico donde se hace una evaluación con un examen escrito y otro un examen oral sustentado ante un jurado de examen, donde se les presentan casos clínicos que el sustentante debe resolver, una vez aprobado, la certificación dura 5 años, después de los cuales debe recertificarse y tiene dos opciones, volver a presentar examen o por puntos los cuales incluyen conceptos de educación médica continua o de desarrollo profesional continuo. Son nueve zonas de evaluación las cuales confieren puntos. Para efectos de este capítulo comentaremos que la asistencia a reuniones, cursos o congresos de Cirugía General es la zona que provee de mayor número de puntos, de lo que se desprende la necesidad imperante del cirujano de participar en este tipo de eventos, por la importancia de la educación médica continua.

La otra organización es la Asociación Mexicana de Cirugía General, ente completamente académico y que cubre mediante su oferta de una gran variedad de opciones de enseñanza, aprendizaje y entrenamiento, las necesidades de desarrollo profesional continuo. El congreso anual, es un evento internacional con profesores internacionales de prestigio académico incuestionable, tiene cursos tanto previo como durante el desarrollo del evento donde se abordan temáticas variadas para

todo aquel que ha identificado el área necesaria de actualización. Hay reuniones regionales, enfocadas a un tema específico y que acercan el conocimiento a sus zonas de influencia de la región; se han introducido las opciones modernas de la difusión de conocimientos, como es la transmisión a través de la red, de las reuniones que se hacen en conjunto con hospitales; edita una revista y boletín que es enviado en forma electrónica a cada socio. Tiene un centro de adiestramiento quirúrgico con simuladores el cual constantemente tiene programadas sesiones necesarias para el dominio de técnicas de cirugía de invasión mínima, se proyecta tener tres centros más de este tipo ubicados estratégicamente en el país.

Parece mucho, sin embargo, la heterogeneidad de las necesidades de los cirujanos en México lo hace insuficiente.

En conclusión, existe una evolución de las formas en que se aprende cirugía, en los métodos para enseñar, se han adoptado instrumentos de la era digital y electrónica, el residente quirúrgico aprende con tecnología moderna y sin olvidar no soslayar los procedimientos tradicionales abiertos. El cirujano formado pasa inicialmente por una etapa donde empieza a ser el responsable de sus casos y decisiones, donde aún es recomendable la asistencia de un guía con mayor experiencia que lo oriente y apoye hasta que logre autonomía necesaria y se inserte en la etapa de experiencia y al final el retiro del ejercicio activo de la cirugía. El denominador común en estas tres etapas de la vida profesional es la necesidad de actualización de conocimientos y refinamiento de destrezas, por lo que la educación médica continua y el desarrollo profesional continuo es parte de la vida profesional no solo de los cirujanos sino de todos los integrantes de la actividad médica. Al final de la vida profesional de un cirujano, su experiencia debe ser capitalizada integrándolo a actividades de educación donde podrán ejercer positivamente a favor de sus sucesores.

CAPÍTULO
20

EL CIRUJANO GENERAL Y LAS REDES SOCIALES

Dr. Luis Galindo Mendoza

De acuerdo con la última edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, una red social es una "plataforma digital de comunicación global que pone en contacto a gran número de usuarios"[1]. Las redes sociales permiten que los individuos construyan y compartan un perfil público para relacionarse con otras personas que comparten un mismo interés. Si bien en ocasiones las redes sociales lo único que hacen es dar visibilidad a las conexiones que los usuarios ya tenían antes de registrarse en estos sistemas (se buscan en la red a los amigos que ya se tienen), en otras ocasiones permiten identificar a personas previamente desconocidas con base en sus perfiles[2]. Las redes sociales varían mucho en cuanto a sus características técnicas; sin embargo, su estructura básica es una lista de perfiles de personas con las que uno puede conectarse, y que son también usuarios de esa red social, y siempre y cuando ambos usuarios consientan en establecer dicha conexión. Los perfiles consisten en una lista de características personales, además del nombre del usuario, que pueden incluir una fotografía de la persona, su sexo, su edad, su profesión, su historia académica, y hasta sus gustos literarios y musicales[2]. Además de la conexión, las plataformas digitales permiten que los usuarios compartan mensajes, fotografías, videos, etcétera.[3]

En la actualidad, el uso de las redes sociales en ambientes como la práctica de la cirugía general se ve por algunas personas como una amenaza, en lugar de una oportunidad, de manera similar a la reacción del Imperio Otomano, que prohibió el uso de la imprenta entre 1483 y 1729[8,9]. Sin embargo, debe recordarse que la práctica contemporánea de la cirugía debe extenderse no solamente al área asistencial, sino también a la investigación y a la educación, incluyendo en este último rubro a la educación de los pacientes y de otros cirujanos, y el impacto que puede tener el uso de las redes sociales, con el número cada día mayor de usuarios en el mundo, no puede ser igualado con los métodos tradicionales de conferencias en aulas, comunicaciones individuales escritas o la distribución de folletos o libros[9]. De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Internet, la red ha alcanzado una penetración del 51% entre la población potencial[10]. En los Estados Unidos de América (EUA), en el año 2000 no usaban la internet el 86% de los adultos mayores de 65 años, mientras que en 2016, solo el 39% no la usa[11], lo que resulta relevante si trasladamos la estadística a nuestro país y

pensamos que los adultos mayores requieren con mayor frecuencia de atención a problemas de salud, y si recordamos que la pirámide poblacional de México es cada vez más geriátrica. En el otro lado de esta pirámide, se sabe que en los EUA, el 80% de los adolescentes con acceso a la internet utiliza por lo menos una modalidad de las redes sociales, y algunos de esos adolescentes serán pronto Residentes de Cirugía o Cirujanos, por lo que la oposición al uso de las redes sociales resulta en una idea sin sentido, que solo puede ampliar la brecha de pensamiento entre generaciones[9]. Una encuesta reciente del Colegio Americano de Cirujanos encontró que el 82% de los cirujanos que respondieron utilizan *YouTube* con frecuencia, 48% utiliza *LinkedIn* y 55% es usuario de *Facebook*.[14]

TWITTER

Twitter es una herramienta utilizada para difundir y dar seguimiento a noticias, así como mensajes, frecuentemente con actualizaciones en "tiempo real", y que se puede utilizar desde una computadora, una tablet o un teléfono inteligente. El usuario que tiene una cuenta puede seleccionar el "seguir" la cuenta de instituciones o medios de comunicación, y por lo tanto leer los comentarios que publican esos usuarios[3,4]. El usuario puede aportar contenido original como comentarios, participar solamente como lector, o reenviar el contenido recibido. La unidad de mensaje se llama *tweet*, y puede contener texto (limitado hasta la fecha a 140 caracteres), imágenes o ligas a páginas de la internet. Por ejemplo, el cirujano puede "seguir" los *tweets* de publicaciones científicas relacionadas con la cirugía, que publican resúmenes compactos de sus principales artículos, o las noticias que publican las asociaciones profesionales de su interés. Para "seguir" los *tweets* de una persona o de una institución se debe buscar su ubicación virtual, que se designa con una palabra que inicia con el signo "@" y sigue con una abreviatura que identifica al usuario. Por ejemplo, la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. (AMCG) se localiza en *Twitter* en la dirección @amcgmx, difundiendo información sobre cursos y noticias relevantes para el cirujano general, con más de 4 mil 300 seguidores. La Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. se puede seguir en @Amce_amce y la Asociación Mexicana de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional, A.C. en @AmaeeAc. El *American College of Surgeons* tiene varias ligas, dependiendo del interés particular del usuario, como por ejemplo @AmCollSurgeons, @ACSTrauma, o @RASACS (*Resident and Associate Society of the American College of Surgeons*). También existen clubes de discusión de artículos médicos, como el International General Surgery Journal Club en @igsjc, que permite a los usuarios comentar publicaciones relevantes. Una de las características más impactantes de *Twitter* es la difusión de las ideas por medio del marcador "#" o *hashtag*, que se escribe inmediatamente antes de la frase o palabra clave, sin espacios, como por ejemplo #congresoamcg, que podría ser el *hashtag* de un congreso de la AMCG, y que al señalarlo en un navegador ("dar click"), permite visualizar todos los *tweets* que contengan la misma palabra clave o tópico[3,4]. Además, cada usuario puede utilizar la función retweet con un simple click en el icono apropiado, para compartir un mensaje con todos los seguidores del usuario. El efecto multiplicador en la difusión de las ideas difícilmente se puede duplicar con medios diferentes a las redes sociales, incluyendo medios electrónicos como la televisión o la internet. Se dice que en un salón de clases un profesor puede diseminar una idea entre unos 20 asistentes; un conferencista podría compartir

sus conocimientos y opiniones con unos 300 asistentes en un auditorio, pero un usuario de T*witter* podría ser leído de manera instantánea por unas 30 mil personas. Un uso novedoso de *Twitter* es la estimulación de discusiones virtuales durante presentaciones en congresos, ya que no todos los asistentes tienen el ánimo o el tiempo de hacer preguntas durante las conferencias, pero tienen la posibilidad de colaborar, aportando ideas a través de esta herramienta[3]. Actualmente los conferencistas no deben interpretar como falta de interés el que parte de su audiencia esté tecleando en sus teléfonos inteligentes, ya que cabe la posibilidad de que se trate de usuarios de *Twitter* involucrados en una discusión relacionada directamente con su conferencia. Finalmente, desde el punto de vista ético, los cirujanos debemos recordar que la plataforma de *Twitter* es pública, y que cualquier persona con acceso a la internet puede llegar a leer los *tweets* que uno escribe. Por lo tanto, se debe ser cuidadoso con la información que se comparte para no violar la privacidad de los pacientes o de los colegas, manteniendo siempre un comportamiento profesional. Del mismo modo, los *tweets* generados o reenviados por un profesional, como los cirujanos, permiten que los pacientes, el público en general, y también los medios de comunicación y hasta instancias gubernamentales conozcan las ideas y las tendencias de un gremio en particular[5]. Un código de comportamiento en redes sociales que resulta en una referencia útil reza así: "No mentir, no indagar de manera impertinente, no engañar, no borrar la información, no robar y no revelar".[3]

FACEBOOK

Facebook es una plataforma de redes sociales lanzada en el año 2004, y creada por Mark Zuckerberg y sus colegas en la Universidad de Harvard, que permite la difusión de ideas a través de texto, ligas, imágenes y videos, entre otros. En la actualidad, *Facebook* es la red social más grande del mundo, con más de mil millones de usuarios[6]. En los EUA, el 72% de los adultos con acceso a la internet están inscritos en *Facebook*, lo que representa el 62% de todos los adultos de ese país, y el 70% de ellos lo utiliza por lo menos una vez al día, mientras que el 43% lo utiliza más de una vez al día. Así mismo, el uso de las redes sociales entre los adultos mayores de 65 años se ha triplicado desde el año 2010. Pero lo más importante desde el punto de vista de la relación entre el uso de las redes sociales y la práctica de la cirugía es que se encontró que el 41% de los usuarios de las redes sociales dice que las redes influyeron en su toma de decisiones con respecto al cuidado de su salud.[10]

Las plataformas como *Facebook* proporcionan un medio para buscar y conseguir apoyo social, mismo que se reconoce como un factor importante en la salud de los individuos[7]. En 2015, Davis y colaboradores publicaron un estudio hecho con 3 mil 899 usuarios de *Facebook* de una muestra de 33 mil 326 conversaciones que incluyeron la palabra "cirugía" durante un periodo de seis meses. El apoyo social se predijo por el número de respuestas obtenidas de los amigos de esos usuarios. Con un modelo multivariado ajustado a las características de los usuarios de *Facebook* y el tamaño de la red social, el uso de palabras relacionadas con la familia y con orar o rezar en el mensaje raíz se asoció significativamente con un mayor número de respuestas: RR 1.40 (IC 95% 1.37, 1.43) y 2.07 (IC 95% 2.02, 2.12) respectivamente.

Una de las principales ventajas del uso de las redes sociales, especialmente *Facebook*, sobre el uso de otros medios de comunicación electrónica como los mensajes instantáneos o el correo electrónico, es que estos últimos son

relativamente privados, en tanto que las redes sociales son por definición eminentemente públicos. Pero esta ventaja se ha puesto en tela de juicio como un factor que puede hacer más difícil la distinción entre los límites de la vida profesional y la privada, así como imponer nuevos retos a la privacidad e inclusive constituir nuevas amenazas legales[8,9]. Existe el temor de que los profesionales de la cirugía publiquen contenidos "no profesionales" en sus páginas de *Facebook*, con el riesgo potencial de que los pacientes o colegas lean esos contenidos y pongan en riesgo la credibilidad de los usuarios. Sin embargo, este riesgo no es privativo de las redes sociales, y quizás sea una buena idea el educar a los profesionales de la salud para seleccionar los contenidos que serán visibles para los pacientes o colegas, y los que serán visibles para fines diferentes a los profesionales[9]. *Facebook* permite seleccionar a los usuarios que pueden leer una página, así como los contenidos a los que pueden tener acceso, por ejemplo, imágenes. En México, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares impone obligaciones específicas para el tratamiento de los datos personales sensibles, que los médicos debemos obedecer, a pesar de las tentaciones que los cirujanos podamos tener para compartir nuestras experiencias, éxitos y fracasos, utilizando imágenes que podrían identificar a los pacientes, como las imágenes de tomografías, ultrasonido, endoscopía o cirugía laparoscópica en la que aparezca el nombre del enfermo, su número de identificación de alguna institución pública o privada, el rostro, u otra pista para de identificación inequívoca[12]. Sin embargo, el profesionalismo en la base sobre la que se fundamenta la relación entre el médico, su paciente y la sociedad[13], y especialmente (o por lo menos eso pienso yo), cuando ese médico es un cirujano. Los cirujanos debemos recordar que nuestra presencia como usuarios de las redes sociales, queramos o no, nos guste o no, no solamente refleja nuestro "perfil" público, sino que se puede tomar como referencia del modo de comportamiento de todo el gremio de cirujanos.

OTRAS PLATAFORMAS

En este capítulo nos hemos concentrado en *Twitter* y *Facebook* por ser las más populares, pero existen muchas más. *LinkedIn* está diseñada específicamente para enlazar profesionales de ramas afines, y los usuarios ganan credibilidad cuando los otros usuarios certifican las credenciales que se ostentan en el perfil, no solamente en lo referente a los títulos oficiales o las posiciones laborales, sino también en cuanto a las capacidades quirúrgicas, por ejemplo. *ResearchGate* permite que los usuarios suban los archivos pdf de sus publicaciones, y compartirlas bajo pedido específico de sus colegas, de manera voluntaria. Esto permite conseguir publicaciones relevantes difíciles de conseguir por medio de bibliotecas virtuales o que de otro modo demandarían el pago de altos costos a través de la página de los editores. *YouTube* permite la publicación de materiales videograbados, como los videos de procedimientos quirúrgicos, animaciones de clases académicas o testimonios de pacientes. Aunque no es necesariamente el objetivo original de las redes sociales, en casi todas se pueden encontrar anuncios de servicios o productos ofertados de manera libre y casi gratuita, que de otro modo sería muy complejo o caro promover.

En cualquiera de estas plataformas, el cirujano debe considerar también los riesgos que supone para su seguridad personal el difundir información que permite a cualquier persona localizar sus lugares de trabajo, pero potencialmente también las fotografías

de su familia, sus vacaciones, su fiesta de cumpleaños, sus viajes, etcétera. El aceptar la solicitud de un paciente para convertirse en su "amigo" virtual es una elección que se debe responder de manera individualizada, caso por caso, a menos que el cirujano esté buscando a propósito una difusión comercial de su práctica profesional. Aunque el usuario es el dueño de las claves que permiten editar el contenido publicado en las redes sociales, para todos es conocido el fenómeno de *hacking*, que consiste precisamente en violar e invadir la privacidad del usuario, ya sea para hurtar los datos de localización de los contactos del usuario, o para publicar contenido ajeno a los intereses del usuario principal. El *hacking* puede ir más allá, cuando un *hacker* se adueña del acceso a la página y datos del usuario, y exige dinero o algún otro valor a cambio de devolver el acceso privado a la página y datos.

¿QUÉ HACER?

El Consejo de asuntos éticos y jurídicos de la *American Medical Association* ha publicado un reporte sobre el profesionalismo en el uso de las redes sociales, con las siguientes recomendaciones[14]:

Tenga en cuenta los peligros potenciales del uso de las redes sociales y la internet, que tienen el potencial de comprometer no solamente al médico de manera individual, sin o a toda la profesión médica.

Utilice siempre las políticas y guías de confidencialidad, privacidad y profesionalismo tanto en su comportamiento cotidiano como en las interacciones en línea.

Utilice los más altos criterios de privacidad electrónica en las preferencias de uso de los sitios de las redes sociales y tenga en cuenta que aún la utilización de estos criterios no garantiza una privacidad absoluta.

Monitorice regularmente los contenidos de la internet en relación con su propia identidad, que pueden incluir desde la precisión de la información de contacto, así como [opiniones de pacientes], información de sitios de información profesional, o imágenes u opiniones de usted en las redes sociales.

Establezca dos "personas" diferentes para la internet, una para usos profesionales y otra para fines privados.

Notifique a sus colegas sobre contenido potencialmente no profesional en línea y repórtelo a las organizaciones profesionales pertinentes, si el contenido inapropiado es severo o persistente.

Así mismo, la Federación de Consejos Médicos Estatales de los Estados Unidos recomienda[14]:

Mantener los límites apropiados entre médico y paciente en la interacción en línea, de manera similar a la interacción persona a persona en el hospital o el consultorio.

Evite cualquier contacto en línea con pacientes actuales o previos, particularmente en medios sociales con enfoque fundamentalmente personal, como *Facebook*.

Establezca perfiles separados personal y profesional en los sitios de las redes sociales.

Utilice diferentes direcciones de correo electrónico para las comunicaciones privadas y profesionales para evitar confusiones entre los papeles de representación institucional e individual.

Evite enviar mensajes de texto o correos electrónicos a los pacientes con propósitos médicos.

Establezca sus propios perfiles de presencia en los medios sociales y en las redes de comunicación profesional. Ignorar las redes sociales no evita que usted se encuentre representado a través de un perfil que usted mismo no publicó.

CONCLUSIÓN

Las redes sociales constituyen una oportunidad novedosa y propia de la época actual para establecer contactos personales e institucionales que no se habría podido imaginar en otra época. Como todo recurso, implica oportunidades y riesgos. Dada la naturaleza intrínsecamente pública de la información que se distribuye por estos medios, el cirujano debe recordar su obligación de respetar la privacidad de la información proporcionada por sus pacientes, así como el mantener su imagen en interés no solamente propio sino del todo el gremio médico, y especialmente el quirúrgico, a la vista de la sociedad entera.

Referencias

1. Diccionario de la Real Academia Española. [Online]. 2016 [citado 2016 Jun 30]; Disponible en: URL:http://dle.rae.es/?id=VXs6SD8
2. Boyd DM, Ellison NB. *Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship*. JCMC 2008;13(1):210-30
3. Ferrada P, Suliburk JW, Bryczkowski SB, Selby LV, Lee EE, Torres M et al. *The Surgeon and The Social Media: Twitter As a Tool for Practicing Surgeons*. Bull Am Coll Surg 2016 Jun;101(6):19-24
4. Veloso CE. *Facebook & Twitter para adultos*. Buenos Aires (Argentina): Alfaomega; 2012.
5. Turner PL. *Stay Connected and Informed: Start Tweeting*. Bull Am Coll Surg 2016 Jun;101(6):25-6
6. History of Facebook. [Online]. 2016 [citado 2016 Jun 30]; Disponible en: URL:https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_Facebook
7. Davis MA, Anthony DL, Pauls SD. *Seeking and Receiving Social Support on Facebook for Surgery*. Soc Sci Med 2015;131:40-7
8. Leichtle SW. *Social Media: Threat to Professionalism and Privacy or Essential for Current Surgical Practice?* Bull Am Coll Surg 2015;100(11):17
9. Riesel JN, Raykar NP. *Social Media: An Essential Tool for the Academic Surgeon*. Bull Am Coll Surg 2015;100(11):18-20
10. Villegas A. *Alcanza internet el 51% de penetración entre los usuarios potenciales de México: AMIPCI*. [Online] 2016 [citado 2016 Jun 30]; Disponible en: URL: https://www.amipci.org.mx/es/noticiasx/2241-alcanza-internet-el-51-de-penetracion-entre-los-usuarios-potenciales-de-mexico-amipci
11. Hite H. *Top Digital Marketing Statistics for Hospitals to Watch in 2016*. [Online] 2016 [citado 2016 Jun 30]; Disponible en: URL: http://www.fathomdelivers.com/blog/healthcare/top-digital-marketing-statistics-for-hospitals-to-watch-in-2016/
12. *Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares*. Diario Oficial de la Federación. 5 de julio de 2010. Primera Sección, 1-18.
13. Kodadek LM. *The Writing is on the (Facebook) Wall: The Threat Posed by Social Media*. Bull Am Coll Surg 2015;100(11):21-3
14. Azoury SC, Bliss LA, Ward WH, Liepert AE, Leichtle SW. *Surgeons and Social Media: Threat to Professionalism or an Essential Part of Contemporary Surgical Practice?* Bull Am Coll Surg 2015;100(8):45-51

CAPÍTULO
21

El CIRUJANO GENERAL Y EL PROFESIONALISMO

Dr. José Fenig Rodríguez

¿Qué es la cirugía general? y ¿quién es un cirujano general?, son dos preguntas cuyas respuestas han ido cambiando al paralelo del avance científico, tanto teórico como práctico. El grueso tronco de la cirugía general, que abarcaba hace alrededor de 100 años la curación quirúrgica de casi cualquier órgano o sistema corporal, paulatinamente se ha transformado, pero con el hecho que se ha ramificado inmensamente y lo sigue haciendo; las múltiples ramas, han provocado la imposibilidad de saber todo, hacer todo o de tener el tiempo y la capacidad de lograrlo. Anteriormente, se enseñaba, durante el entrenamiento hospitalario de la residencia quirúrgica, a dominar los principios básicos de cada grupo patológico del organismo humano estudiando el libro de texto de cirugía, de pasta a pasta. Esto, si bien es útil, ya no es práctico ni seguro. La ramificación ha sido tan fértil y abundante que la aparición de innumerables subespecialidades, en cualquier rama médica, es una realidad palpable, al grado de existir cirujanos que ven patología de un solo órgano, por ejemplo, el cirujano de mama, de mano o de tiroides. También existen médicos y cirujanos dedicados a un solo método diagnóstico y/o terapéutico como el de cardiólogo intervencionista o el de radiólogo de resonancia magnética nuclear. Cirujanos dedicados solo a la cirugía de niños, de la mujer o del anciano. Lo que un especialista, y en particular el cirujano general hace hoy en día, va de acuerdo a la ley de la oferta y la demanda, al número de cirujanos generales y de subespecialistas, a las características propias de la ciudad región o país donde ejerce, a las características del sistema médico, privado, institucional o mixto donde trabaja, al nivel social, económico y cultural de los pacientes que trata y por último a sus intereses y necesidades particulares.

Sin embargo, los campos clásicos y medulares de la cirugía deben de seguir siendo aprendidos y practicados por el cirujano general[1], como lo son los aspectos básicos de técnicas quirúrgicas, de cirugías de urgencia, de diagnóstico y tratamiento de infecciones, la respuesta metabólica al trauma, cicatrización, los conceptos generales de anestesia, de nutrición quirúrgica, así como todo lo referente a las enfermedades quirúrgicas de todos los órganos y sistemas del organismo humano. Para posteriormente, de acuerdo a sus intereses, posibilidades y necesidades particulares, reducir y restringir su ejercicio quirúrgico, pero solo después de haber sido certificado como

especialista en cirugía general por las autoridades competentes académicas y legales[2].

Considerando lo anterior, la posible respuesta a las preguntas planteadas al inicio del capítulo, pudieran ser contestadas mencionando que la cirugía general es la especialidad troncal básica que abarca el conocimiento integral de la fisiopatología, del tratamiento preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio de las enfermedades que mejoran mediante la intervención quirúrgica. Y el cirujano es el especialista (con una apellido) que reconoce lo referente a los diversos campos o al único campo de la medicina que practica, para la curación de los padecimientos con el uso de técnicas quirúrgicas. La respuesta es muy variable, muy amplia o muy reducida, dependiendo de cada cirujano en particular. Sin embargo, es la realidad de esta época, está siendo dictada por la tecnología, la que se ha convertido en la reina que dicta las pautas a seguir. De otra forma es imposible practicar la cirugía actual y estar permanentemente en el inicio de una nueva curva de aprendizaje. Es conveniente que el profesional moderno fije sus propios límites.

Para convertirse en un buen cirujano general o en un buen subespecialista, son necesarios muchos años de estudio y de trabajo, durante los cuales se aprende lo básico, o sea, todo lo teórico de los libros de texto, para paulatinamente empezar a aplicar los conocimientos a la realidad del enfermo, a poder captar lo útil de sus manifestaciones orales y físicas, a integrar la causa de su malestar, a utilizar todo lo estudiado, a recomendar exámenes de laboratorio y gabinete que avalen lo pensado, a prescribir los tratamientos pertinentes, a informar adecuadamente acerca de lo que se espera de la aplicación de las medidas de alivio prescritas, a ir ganando y creando progresivamente experiencia dentro de las actividades quirúrgicas escogidas, hasta lograr el dominio máximo de ellas, es entonces cuando se puede decir que el cirujano es un verdadero profesional. Para lograrlo, la dedicación invertida en cada aspecto del proceso es muy vasta, lenta, repetitiva, preocupante y no exenta de reconsideraciones. Pero lo hermoso de la medicina y de la cirugía es que a lo largo de ese proceso, el profesionista interactúa con numerosos seres también interesados en la salud del enfermo, como lo son los diversos familiares, los colegas interconsultantes, estudiantes de medicina, internos y residentes, enfermeras y con otros numerosos personajes a su alrededor como las autoridades administrativas sanitarias, comunitarias y sociales. El estar en contacto con todos esos personajes crea múltiples relaciones humanas, cada una de ellas con sus propias peculiaridades que hay que conocer para ser individualizadas y aplicadas en cada situación con mucho cuidado para salir avante en la hermosa tarea de convivencia humana, que representa la mejor retroalimentación posible. Tal como lo menciona la famosa frase: “La medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. El esfuerzo permanente es el requisito indispensable para obtener la integridad profesional en su máximo nivel. El cirujano no actúa solo, es parte de un sistema íntimamente ligado a otros sistemas como lo son los, científicos, administrativos, económicos, sociales y políticos, que representan en su conjunto la evolución histórica del antiguo barbero al actual cirujano científico; del vetusto calificador, el Real Tribunal del Protomedicato, a la evaluación por el sistema de competencias laborales o el ascenso de simple estudiante de medicina a un verdadero Doctor en Ciencias Médico Quirúrgicas[3].

La intención de este capítulo es recordar todo lo que un cirujano general ha hecho, hace y seguirá haciendo a lo largo de toda su vida para ser considerado como un verdadero

especialista y un profesional completo. Para lograrlo se vinculan todas las cualidades con las que el ser humano ha sido dotado para estar al tanto de los cambios que a un ritmo exponencial se presentan en estos tiempos. No solo en la parte médica de la medicina, sino también en todo lo técnico, social, económico, político y en las nuevas formas de enseñanza y aprendizaje. Todas ellas orientadas al incremento del bienestar total de nuestros semejantes[4].

El cirujano debe conservar la buena posición social y el respecto tradicional que ha logrado desde el principio de la civilización, a pesar de la gran magnitud de cambios que han sucedido, tal vez, algunos de ellos, mermado su importante participación en los distintos quehaceres del ser humano.

Desde hace muchos siglos atrás, han aparecido códigos, juramentos, reglamentos y recomendaciones para el correcto desempeño de la profesión médica, de todos conocidos y encaminados al correcto ejercicio del que intenta sanar al prójimo con algún sufrimiento físico o espiritual, aplicando todas las reglas del conocimiento de las técnicas conocidas y bajo las recomendaciones éticas y morales vigentes para establecer una buena relación humana, a pesar de las múltiples situaciones adversas que se le han interpuesto. Al respecto el Dr. A. Lifshitz[5] ha escrito: "La profesión médica ha dejado constancia histórica de su compromiso y de su vocación caritativa, al margen de que unos cuantos miembros hayan adoptado los valores que la sociedad les ha impuesto en su época. Hoy en día, las presiones para enfrentar a una sociedad más participativa, propician una medicina defensiva y contractual, que por desgracia no ha tomado lo mejor de las disciplinas de prestación de servicios y sí algunos de sus vicios. A pesar de los cambios que caracterizan a la época en que vivimos, los mejores argumentos de los médicos siguen encontrándose en el arraigo a los valores tradicionales de la profesión".

En el tiempo que nos ha tocado vivir, al conjunto de todas las cualidades con que el cirujano cuenta y aplica cotidianamente en cada acción que emprende, por pequeña que sea, para lograr buenos resultados, es a lo que se le denomina profesionalismo. En la actualidad toda acción o conducta es posible medirla y expresarla con resultados objetivos, para derivar de ellos cualquier juicio según la calificación obtenida para ser analizada y comparada, así se establecen criterios para recomendar la necesidad de participar en procesos de corrección y de mejora continua para llegar a un fin específico.

Las múltiples recomendaciones, clásicamente formuladas a través de varios siglos, siguen vigentes, como lo son la correcta recopilación de los datos clínicos pertinentes; la participación bilateral o colectiva en la toma de cada decisión realizada junto con la correspondiente aceptación de la misma, la conjunción de un buen trabajo en equipo bien dirigido y correctamente orquestado por un líder, para ofrecer seguridad y calidad en cada paso dado para lograr el mejor resultado posible.

Para recalcar estas ideas, se recomienda la constante mejora continua mediante la permanente adquisición de los nuevos conocimientos del campo teórico de la especialidad que se ejerce; el permanecer técnicamente hábil y prudente, pero al mismo tiempo reconocer la necesidad de adquirir habilidades y destrezas nuevas, impuestas por la tecnología entrante; y siempre tratar de comportarse con una conducta apropiada con todos nuestros semejantes. En otras palabras la cirugía requiere de una entrega total y de un sistema de vida bien definidos. No existe otro modo de ejercerla con seguridad y con entereza absoluta sino apegándose a ese código oculto que ahora se

llama profesionalismo, que implica la valoración total e integral del cirujano.

El profesionalismo exige aún más, como lo es el participar en la enseñanza, en la investigación, publicar artículos, mantenerse activo y participativo en las diversas asociaciones quirúrgicas y sociales para que su labor se proyecte en beneficio de la comunidad y de la sociedad entera. En referencia a este último aspecto, hay que tener en cuenta que antes se privilegiaba al individuo, pero las reglas han cambiado y ahora se privilegia a lo colectivo y se minimiza a lo individual. Por lo tanto la conducta quirúrgica actual está sujeta a mayor número de consideraciones no solo médicas. La valoración del cirujano actual ya no es personal, sino más bien grupal.

El pensamiento social acerca del ejercicio médico se ha manifestado por la aplicación de tres principios básicos: en primer lugar, el bienestar del paciente, en segundo lugar, la autonomía del enfermo para decidir quién y cómo va a ser tratado y tercero por el principio de justicia social, o sea, que todos los ciudadanos reciban los mismos beneficios médicos por igual, sin hacer ninguna distinción o discriminación[6].

No mucho tiempo atrás, se integraron y se publicaron, tanto los derechos de los pacientes, así como los derechos de los médicos, para normar las relaciones entre ellos. Hay que recordar que la sociedad de hoy en día es muy compleja, en ocasiones se le dificulta la distinción entre el bien y el mal actuar. La responsabilidad quirúrgica radica entonces en un pacto en el que la sociedad confía en los cirujanos para el cuidado de la salud de sus integrantes y los cirujanos se comprometen a preservarla empleando los mejores métodos a su alcance basados en la observancia de principios éticos y morales que regulan las relaciones humanas; según los derechos y obligaciones de cada quien para cordialmente convivir en armonía y justicia.

Mucha preocupación ha existido en este nuevo milenio acerca de cómo logar y cómo definir el profesionalismo quirúrgico, tanto en Europa como en América, recomendando e implantando principios universales y compromisos entre los médicos y la sociedad entera, con la finalidad de mantener humanizada a la ciencia médica siempre mejorando la relación del médico con el paciente, con su familia y con la comunidad entera mediante el logro del verdadero profesionalismo.

No está por demás agregar que con la implementación de una estructura adecuada, que represente los más altos intereses profesionales del cirujano, con un correcto liderazgo que pacte con todos los intereses en juego basados en las necesidades de ambos, médicos y sociedad, se abatiría la pérdida del prestigio social sufrida en los últimos tiempos, se limitarían las falsas acusaciones, el ejercicio de la medicina mercantilista y el desequilibrio existente entre la cantidad y la calidad de la cirugía actual, sobre todo la del sector público. El profesionalismo médico debe ser una fuerza estabilizadora y protectora de todos los participantes, para que ya no se dude y se recuerde que uno de los grandes pilares que ha sostenido la paz social de nuestro medio es precisamente debida a los profesionales de la medicina que han dedicado por décadas su vida entera a atender los diversos intereses de nuestra sociedad.

Las grandes desviaciones de la conducta humana actual hacen difícil la buena actuación del médico. Lo que queda manifestado espléndidamente por la siguiente opinión vertida por el Dr. A. Lifshitz[5]: “Vicio y virtud son testimonio de la naturaleza humana de quienes desempeñan la profesión médica. La exigencia social de un profesional impecable no suele

verse respaldada por una sociedad de las mismas características. Cuando se exaltan los modelos basados en la audacia, la intriga, la manipulación, la conquista, el dominio y el poder, difícilmente se ponderan la humildad, la dedicación, el servicio, el esmero, el sacrificio personal, la consagración o la abnegación, y no se puede pedir que solo los médicos cultiven esas virtudes. La sociedad que hoy denuncia a los médicos, tampoco ha sabido estar a la altura de un interés por el bien común; cuando uno se preocupa únicamente por valores egoístas no se puede pedir que solo los demás lo sean".

Los cambios en la medicina actual están obligando a una educación, de pregrado, de postgrado y de por vida, más eficiente, más segura, medible, de máxima calidad, con menos tiempo empleado en el trabajo rutinario y burocrático, pero con más énfasis en la enseñanza y en el aprendizaje permanentes. Para lograrlo se ha escogido, desarrollar la práctica integral de la medicina y de la cirugía mediante el método de "competencias laborales", que se aplica al aprendizaje de cualquier actividad humana, se trata ahora de lograr mejorar constantemente los resultados del ejercicio permanente de la cirugía[7].

¿Qué significa competencia laboral?

Es conveniente primero mencionar qué es lo que se entiende por "competencia laboral", ya que la palabra com petencia tiene varias acepciones y por lo tanto no siempre se emplea en un solo sentido. Aunque decir lo opuesto, "incompetente", es muy fácil de entender. Competencia puede significar rivalidad, incumbencia o pertenencia, capacidad, habilidad, conocimiento, maestría, talento, virtuosismo, eficiente, brillante, etc. En los medios electrónicos existen más de tres millones de sitios referentes a competencias en cualquier campo humano y a sus diferentes definiciones. La educación por competencias tiene por meta la mejoría la efectividad, la productividad del individuo y de la organización donde labore, partiendo de la idea que cada ser necesita desarrollar conocimientos y habilidades bien integrados, que sean seguros y de la mejor calidad posible, todo ello para la mejoría total de cada uno de los participantes en el proceso. El método no es nuevo, pero, su auge surge a fines del siglo pasado e inicios del actual. Su difusión en la literatura médica, sobre todo en la quirúrgica, ha sido muy abundante. Aunque aún no es un método perfecto, sobre todo en su valoración, medición y documentación, ya que requieren de varias opiniones y consumen mucho tiempo. En nuestro medio se sigue intentando su implementación tanto en las facultades de diversas universidades y en los varios grados de educación superior así como en la enseñanza y práctica vitalicia de la cirugía. El maestro de la UNAM, Tomas Miklos piensa que: "la educación basada en competencias permite al educando obtener un perfil muy concreto de actitudes y aptitudes para ser capaz de hacer algo con destreza, de utilidad para su desarrollo personal y de relevancia para la sociedad. Es la educación del futuro. Ocurre durante toda la vida. Relaciona directamente con la realidad. Es el cómo, el por qué y el para qué de la acción. Representa una revolución educativa que le da relevancia a la capacitación para el trabajo. Termina Miklos diciendo que el complemento de la competencia laboral es la competencia social integral, la que brinda educación para la vida".

El sistema del aprendizaje por competencias da al individuo todos los ingredientes del éxito con consejos para la práctica de cualquier técnica por aprender, ya sea manual, mental o ambas.

El sistema se caracteriza por su taxonomía, que es progresiva, ascendente y pragmática. El reto, aún no completamente estandarizado, es el de implantar métodos objetivos de evaluación que sean confiables, cuantificables, repetitivos y validables.

La evolución natural de la enseñanza por competencias comprende desde la incompetencia inconsciente, en la que "no sé algo y no me doy cuenta de ello". Le sigue la incompetencia consciente cuando "sé que no sé". Avanza a la competencia consciente cuando "nace el deseo de adquirir el conocimiento, la habilidad o la nueva actitud para aprender lo deseado". Al último se adquiere la competencia inconsciente cuando lo aprendido se ha "instalado fijamente en el cerebro y se usa incluso sin pensarla, en forma automática". Más brevemente dicho, comprende desde el "aprendizaje consciente" al "conocimiento inconsciente", pero únicamente de contenidos premeditados y útiles. La taxonomía se inicia considerando al aprendiz como un simple novato que sin tener en cuenta el tiempo empleado por cada quien en el ascenso progresivo de los siguientes escalones, hasta alcanzar el nivel deseado, no siempre el más alto. Así se logrará el nivel de competencia planeado desde el inicio, pero con la posibilidad presente o futura de continuar el aprendizaje para ser cada vez más eficiente o para lograr más adelante el ser un verdadero experto o un maestro de la competencia trabajada. Esta taxonomía es aplicable a cualquier actividad humana que se quiera aprender, sin importar el tiempo transcurrido para lograr llegar a la altura o al nivel deseado. En la siguiente figura se esquematiza la idea de la taxonomía de la competenica laboral.

Los educadores involucrados en este tipo de aprendizaje de la cirugía, en cualquiera de sus etapas de enseñanza y aprendizaje, recomiendan la implementación de seis competencias básicas, llamadas competencias centrales, que inicien primero analizando y considerando qué se es en el momento actual, qué se sabe tanto dentro del marco teórico como del práctico o técnico, o sea, en el momento presente qué tanto sé, cómo lo hago y qué tengo que mejorar. Una vez comprendidas estas conductas basales, son las que se consideran como la primera competencia, que no es más que la autoevaluación de quién soy y cómo lo hago actualmente y qué debo o quiero ser mediante el abordaje de la segunda y tercera competencias que comprenden el agrandamiento del marco teórico propio mediante el estudio persistente de la cirugía y del aspecto técnico o manual que es otra competencia indispensable, la tercera, de la cirugía.

Es muy importante cómo mejorar la relación médico paciente mediante la aplicación de la cuarta competencia, la comunicación, para informar y hacer comprender lo indispensable y necesario a todos y cada uno de los seres con los diariamente interactúo y con los que debo aplicar constantemente la empatía para ser bien aceptado por cada uno de ellos.

La siguiente competencia, la quinta, es la de trabajar siempre dentro de sistemas seguros para evitar errores y, si se presentan, discutirlos para analizarlos para evitar que vuelvan a suceder. La integración de las competencias centrales tienen por finalidad la adquisición permanente de los conocimientos y habilidades para ejercer la cirugía, dentro de todas las normas sociales, legales, éticas y morales, en la resolución de cualquier problema quirúrgico de manera ortodoxa y verdaderamente profesional que es la conjunción de todas las competencias, la sexta, en una sola, el profesionalismo. Desde luego que estas seis competencias interactúan una con otra en todo momento y se retroalimentan entre sí mismas, como lo ilustra la figura.

La implementación de la enseñanza y el aprendizaje por competencias se va logrando paulatinamente con la ayuda de múltiples maneras, sobre todo con el empleo de la tecnología electrónica actual, a través de varios portales, como el del *American College of Surgeons*. Existen guías para cada competencia central. La competencia que ha tenido más impacto a nivel mundial es la de la seguridad, para disminuir la morbilidad y la mortalidad médico quirúrgica alrededor del planeta, llevando a cabo una práctica quirúrgica segura recomendando su implementación con la difusión de múltiples escritos, cursos, creación de comités, discusiones, estadísticas videos y, toda clase de medios informativos para cirujanos, médicos de cualquier especialidad enfermeras, empleados paramédicos y para la comunidad y sociedad enteras. Los resultados han sido positivos.

Comentarios de la"primera", segunda y tercera competencias centrales en cirugía". 1ª.¿Cómo es mi práctica quirúrgica actual? 2ª. ¿Qué más tengo que aprender? 3ª. ¿Qué nuevas habilidades y destrezas tengo que mejorar?

En los renglones siguientes es conveniente comentar acerca de cada competencia en particular. La primera de ellas, el autoconocimiento y análisis de todo lo que tenemos que mejorar tanto teórico como práctico, qué se entiende y se realiza con la llamada "educación médica continua"[8], porque ella representa la responsabilidad de ser cada día mejor cirujano al igual que la mejoría individual en todas y cada una de las actividades colaterales en las que se participa. Esta competencia implica aplicar una constante retroalimentación, según los resultados obtenidos, para calificar correctamente el grado de progreso y lo que queda pendiente por hacer. Es un compromiso académico, social y moral el continuar educándose y demostrarlo con la periódica y necesaria recertificación. El tremendo progreso de toda la medicina, teórica y práctica así lo demandan, más aun por todas las facilidades que están al alcance de nuestras manos y de nuestros dedos. La cirugía actual no es la misma a la de hace tan solo 30 años. Además muchos padecimientos ya no son de tratamiento quirúrgico o ya raramente se presentan. Los nuevos métodos diagnósticos y los nuevos tratamientos son incontables. La manera de atender a un enfermo también ha cambiado, no solo por el avance de la medicina, sino porque los sistemas administrativos, económicos y laborales son igualmente distintos. El cirujano no involucrado en todo lo nuevo, no es apto de ejercer en el presente. Lo anterior ha repercutido en cambiar todas las especialidades médicas, cada una de ellas se ha fragmentado en múltiples subdivisiones o subespecializaciones; ya nadie puede saber o hacer todo. La tendencia es la limitación, tanto en conocimientos como en habilidades, pero la educación médico-quirúrgica es permanente. El sistema por competencias orienta el aprendizaje al determinar específicamente lo deseado y lo necesitado por aprender, utilizando las incontables facilidades tecnológicas existentes. La mejora personal constante incrementa la capacidad y la credibilidad profesional, no solo de la persona, sino también del hospital y de la institución donde se labora, es benéfica para todos, a todos exhibe, a todos prestigia.

La permanente mejoría, es necesario compartirla, la cirugía implica constante ayuda, por lo tanto ese permanente contacto humano requiere el educar a sus pares y a los futuros colegas, estudiantes, internos y residentes, así como a los enfermos y sus familiares, a la comunidad entera.

La cuarta competencia central. ”La comunicación interpersonal”

Es tremendamente importante, pero desafortunadamente no bien enseñada a lo largo de cualquier nivel educativo, ya que no es un proceso mecánico simple, es complejo y, digno de ser cuidadosamente pensado antes de ser emitido al inicio de la interactuación con cualquier semejante, para ser aceptado correcta e inmediatamente. Hay muchas maneras de lograrlo, con la ayuda de los varios medios o canales disponibles; en el momento adecuado; sin ningún ruido u obstáculo que las deforme; asegurando que las ideas expuestas son comprendidas correctamente y orientadas a lograr la información buscada y la aceptación de las acciones a realizar, sin menospreciar cualquier interacción que pretenda resolver dudas y dejar bien claros y entendidos los resultados esperados. La siguiente frase bien acota las dificultades de la comunicación al considerar “que la palabra es mitad de quien la habla y mitad de quien la escucha”.

No solo con palabras habladas se establece la comunicación humana, también se logra por medio de gestos, actitudes, conductas, ruidos, olores y por otros medios conscientes o inconscientes. El humano cuenta con muy poderosas fuentes de comunicación con impactar a sus semejantes. El lenguaje corporal basado en diversas expresiones, muecas, miradas, llanto, risa, actitudes e interrupciones inoportunas; con el lenguaje escrito, con dibujos, signos o por las diversos diversas formas de material fílmico; igualmente comunican, enseñan e impactan al interlocutor. Se calcula que entre el 65% y 80% del total de la comunicación humana se realiza a través de canales no verbales. Aquí cabe recordar, según lo escrito por Gaby Vargas, el mito de Orfeo, considerado como el primer músico por la mitología griega, quien en el santuario de Delfos, ayudado por sacerdotes de Apolo, componía música que tocaba con la lira, sus interpretaciones eran tan hermosas que los ríos detenían sus aguas y los peces asomaban la cabeza para oírlo; los árboles torcían sus troncos e hipnotizados se incli-naban para escucharlo. Orfeo, físicamente era muy bien parecido, pero además poseía la gran cualidad que de su mente sólo emanaban pensamientos que únicamente se convertían en acciones bondadosas, como si esparciera a su alrededor un aroma tan armonioso que encantaba a todo y a todos. En otras palabras, la Señora Vargas nos recomienda que el pensar bien y saber expresarlo bien, es el gran secreto de las relaciones humanas. Secreto que logra obtener el mayor placer que el ser humano pueda experimentar.

El conocer cómo comunicarse con propiedad es básico, no solo para el médico, sino para cualquier actividad humana, por lo que todos necesitamos saberlo y utilizarlo con el único objetivo de siempre buscar el bien. Éste es un precepto de valor universal y por lo tanto es un pilar del profesionalismo. Aristóteles decía: “el ejercicio de la virtud hace virtuosos”.

El Dr. Lifshitz[5] nos dice: …”el médico es emisor y receptor de infinidad de mensajes, su desempeño profesional depende, en buena medida, de su habilidad para desenvolverse apropiadamente en estos papeles. Dirige mensajes a los pacientes y a sus familiares, a sus colegas y a la comunidad. Al mismo tiempo los recibe de los mismos. Enviar y captar mensajes, forma parte substancial de la competencia profesional del médico”.

Es esencial el escuchar con propiedad y respeto a todo ser humano y a los directa o indirectamente relacionados con cualquier paciente. Dar información veraz del padecimiento en cuestión, del tratamiento quirúrgico contemplado, de las posibles complicaciones,

de los errores cuando se presentan y de todos los costos cuando esto aplique. Todo en forma clara y entendible, pero nuca en forma vulgar o incomprensible. Se requiere paciencia para contestar cualquier pregunta o duda y para repetir conceptos importantes hasta estar seguros que han sido bien captados. Esa es la forma de borrar la desconfianza hacia el cirujano, sobre todo en casos de urgencia, cuando es indispensable documentar apropiadamente cada suceso importante que se presente. Se obtienen mejores resultados cuando la comunicación es eficiente y la empatía se hace presente, lo que da por resultado la satisfacción del enfermo y de sus seres cercanos. Así se logra también, en caso de presentarse, la atenuación de los efectos negativos de las complicaciones, lo mismo que de las quejas ante las distintas instancias. Está demostrado que la mala comunicación origina más del 70% de quejas o demandas. Es conveniente recordar lo expresado por la actriz Lily Tomlin: "Nuestra especie inventó el lenguaje para satisfacer la necesidad de quejarse".

El siguiente pensamiento del Dr. Horacio Jinich[9] remarca la importancia de la comunicación mediante el uso de la palabra cuando menciona que: "El médico ocupa butaca de primera fila en el teatro de la vida humana. Su profesión le otorga una posición privilegiada que le permite enriquecer su espíritu, además de ganar experiencia y sabiduría, tesoros que solo se adquieren del libro de la existencia humana. Desfila ante sus ojos, todo, las grandezas y las miserias. Es el experto a quien acuden en busca de ayuda tanto el enfermo como el resto de la familia humana. Su arma terapéutica fundamental es: el diálogo".

El uso constante de técnicas de comunicación eficaz es indispensable al cirujano, quien también debe saber escuchar y comprender la comunicación desde el punto de vista expresado por el receptor. Además de ser breve, claro y elegir el lugar y el momento adecuados para informar los sucesos según el grado de importancia del mensaje emitido. En resumen, al contactar y saludar por primera vez a una persona, por simple intuición, empiezan los procesos de aceptación o de rechazo.

La quinta competencia central. La seguridad

La siguiente competencia básica es el ejercicio de la cirugía basada en sistemas de seguridad[10,11]. Las presiones de la sociedad actual están atentas para no aceptar un solo error en cualquier acción médica, sobre todo en la rama de la cirugía. Ya no es tolerado ningún resultado malo. Todos piden se trabaje dentro de sistemas de salud seguros. A ello van dirigidos la gran mayoría de cambios actuales, que abarcan desde las nuevas estructuras educativas en todos los niveles de cualquier participante en la atención del paciente hasta la ejecución de acciones limpias de cualquier inconveniente, se pide "cero tolerancia ante el error". En caso que éste suceda se recomienda la comunicación inmediata y verdadera de su causa, pero también, el planteamiento posterior de su origen y sobre todo de su futura prevención, con una discusión no punitiva sino académica para la creación de sistemas de identificación temprana y profiláctica. Surge entonces la necesidad de reportar, registrar y mostrar el resultado de cada acción médico-quirúrgica.

Se han tomado en medicina muchos de los ejemplos de sistemas de seguridad practicados por la industria aeronáutica, en la que después de varios accidentes aéreos en 1996 en los que murieron 375 pasajeros, el gobierno americano pidió implementar regulaciones para reducir los accidentes aéreos en un 80% en un lapso de 10 años. Para 1997, ya se había logrado la reducción del 65%, o sea, de un

accidente fatal en cada dos millones de vuelos, a un accidente fatal cada cuatro y medio mi-llones de vuelos. Como comparación, las estadísticas médicas americanas señalan la ocurrencia de 100 mil errores médicos por año, con el consecuente aumento en el gasto económico extra que implican.

Esta competencia, es la que más se ha implementado en todos los ámbitos médicos alrededor de todo el mundo. La tendencia es prevenir problemas; su costo económico ha sido considerable para educar e imponer físicamente todos los sistemas de seguridad requeridos. Ha impactado en la enseñanza mediante la discusión detallada de cualquier complicación de la atención médica en las sesiones de morbimortalidad con el fin de lograr el consenso necesario e integral para no repetir cualquier situación adversa tanto física como de conducta humana.

La comunidad quirúrgica mundial está de acuerdo, a pesar de su simplicidad, con la práctica rutinaria del *check list*, que son las listas de cotejo pre, trans y postoperatorias. Con ellas, según el estudio de Hanks y Gawande[12], se logró la reducción de complicaciones quirúrgicas mayores en un 36% (del 11% al 7%), de muertes en 47% (de 1.5% al 0.8%), y de un 50% de infecciones. Si alrededor del mundo se efectúan aproximadamente 234 millones de todo tipo de cirugías por año, tan solo con esa reducción en la mortalidad, significa que 1 millón 638 mil vidas se salvaron, con tan solo usar un método que solo necesita para aplicarse 90 segundos.

La sexta competencia central. La integración de las competencias anteriores. Profesionalismo.

La última competencia, el profesionalismo, es la integración de todas las competencias centrales, es la mejor recomendación ante el paciente; el análisis de todos y cada uno de los procesos empleados para el ejercicio de una mejor práctica quirúrgica, mediante la correcta retroalimentación de lo realizado, juzgado y avalado por resultados objetivos obtenidos[13]. Recuérdese que el registro documentado y adecuado de cada acción, con la ayuda de los múltiples sistemas electrónicos actuales, es posible y es frecuentemente solicitado, los resultados son la mejor tarjeta de presentación ante los enfermos, el registro de todas las acciones emprendidas en el constante trabajo de la atención quirúrgica da constancia indiscutible ante cualquier eventualidad del acontecer cotidiano, porque demuestra con hechos el profesionalismo del cirujano y todo lo que verdaderamente es en las áreas de enseñanza, ética, moral, de conducta, creatividad, improvisación, honestidad, tolerancia sin discriminación. Todo ello es medible, los resultados deben ser medidos, analizados y comparados con los estándares esperados, por uno mismo y por las múltiples instancias académicas y oficiales existentes. Así como para obtener la mejor recomendación según la relación obtenida de costo/beneficio, que den el valor económico de cada acto. En pocas palabras, el objetivo final de las competencias, es hacer bien, y continuamente mejorar todo lo que hacemos cotidianamente. Lo que implica el significado práctico de la palabra profesionalismo y el por qué el cirujano actual debe ser un individuo que trabaja con resultados demostrables con evaluaciones objetivas demostradas con los datos personales de su bitácora, así como por la opinión de sus pares, de sus pacientes y de todos los individuos que lo rodean[14].

Para lograr la uniformidad deseada, con este o con cualquier otro sistema de enseñanza, que proponga una mejoría constante de la conducta humana en cualquier terreno, es necesario unificar los sistemas educacionales

de todos los niveles y de todas las instancias, desde una muy temprana edad y hasta el fin de la existencia. Es necesario convivir con la misma ideología de mejora permanente y con el debido respeto a la dignidad del hombre[15].

El profesionalismo del cirujano representa todo lo que ha aprendido y realizado a lo largo de su existencia, pero con la consigna, siempre presente, de seguir aprendiendo y seguir haciendo, para continuamente mejorar, con el uso de las herramientas y de la filosofía modernas. El dicho de "errar es humano" ya no es aceptado por la sociedad. Las fuerzas del mercado y los consumidores han afectado la práctica médica. Ahora se requiere evidencia de resultados, de costos y de beneficios de todos los tratamientos utilizados para decidir a diario qué es lo mejor de hoy, pero con la firme convicción que mañana ya no será igual[16]. Ante esta última realidad, Junkin[16], nos recuerda que en 1900 el conocimiento humano se duplicaba cada siglo; hacia el final de la II Guerra Mundial cada 25 años; para el año 2010 el lapso de duplicación descendió a 3 años; en la actualidad se calcula que el conocimiento clínico se duplica cada 18 meses. Lo que significa que un cirujano que hoy empieza a ejercer a la edad de 32 años, vivirá 22 veces la renovación de lo que se sabe y se hace en el presente; hasta que finalmente se retire a los 65 años.

Referencias

1. Rhodes R S. *Defining General Surgery and the Core Curriculum*. SCNA. 2004; 84:1605-1619.
2. Grober B T y Kothari S N. *Fellowship Training: Need and Contributions*. Scna. 2016; 96:47-58.
3. Sachdeva A K, Gablerr P B y Lupi L K. *Education and Traning to Adress Specific Needs During the Career Progression of Surgeons*. SCNA. 2016; 96:115-128.
4. Patiño-Resrepo J F. *El profesionalismo médico*. Rev Colomb Med. 2004; 1:4-18.
5. Lifshitz.Guinzberg A. *Práctica de la medicina en la era tecnológica*. (Ed). UNAM-IMSS. México. 1997.
6. Rivero-Serrano y Durante-Montiel I. *El profesionalismo en la medicina actual*. Re Fac Med UNAM. 2010; 53:27-31.
7. Williams R G, Dunnington G L. *Accreditation Council for Graduate Medical Education Core Competencies Inicitive: The Road to Implementation in the Surgical Specialities*. SCNA. 2004; 84:1621-46.
8. Giacomantone O A y Suarez I B. *Profesionalismo médico, su relación con la e]f surgeons from the American Board of Surgery perspective*. SCNA 2016; 96:139-46.
9. JInich H. *El ser médico. En: Periodico Kesher.* México.1o./julio/2014. P.16.
10. Gawande A. *Complicatios. A Surgeon Notes on an Imperfect Science.* (Ed). Picador. New York N Y. 2002.
11. Uttam Shiralkar. *Smart Suirgeons. Sharp Decisions. Cognotive Skills to Avoid Errors & Achieve Results.* (Ed). Gutemberg Press. Malta. 2011; p.11-19.
12. Hanks A B, Gawande A G, et al. *Surgical Safety Check List to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population*. New Engl J Med. 2009; 30:491-9.

13. Potts J R. *Assesment of Competence. The Acreditation Council for Graduate Medical Education/Residency Review Committee perspective*. SCNA. 2016; 96:15-24.
14. Guinsburg S M, Oulanova O, et al. *Toward Autentic Evaluation: Piifalls in the Pusuit of Competency*. Acad Med. 2010; 85:780-6.
15. Kemeny P. *How do You Define Success? En: Navigating Your Surgical Carreer*. The AWS guide to success. (Ed). Medtronic. P.290-3.
16. Junkin B J. *Surgical Simulation Centers as Educatinal Homes for Praticing Surgeons*. SCNA. 20015; 95:801-12.

CAPÍTULO
22

El CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA SEGURA

Dr. Miguel Rodrigo Morales Villalobos

Introducción

A pesar de los innumerables artículos, foros, congresos, políticas institucionales para promover la seguridad del paciente, por citar el ejemplo más sonado en nuestro país, a finales de junio del 2015, un bebé de 14 meses diagnosticado con retinoblastoma fue operado en el hospital de alta especialidad del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora... donde se le extirpó el ojo sano.

La pregunta obligada es: ¿qué es lo que tiene que ocurrir para garantizar que un ser humano en su momento de enfermedad y pro-bablemente de mayor vulnerabilidad, efectivamente se encuentre seguro? ¿Por qué los errores médicos? ¿De qué dependen la seguridad en el quirófano y la práctica segura de la cirugía?

Como habré de exponer en el capítulo a continuación, la seguridad de un paciente atañe no solo al personal médico involucrado, sino de un universo muy complejo de factores tanto humanos como propios de la infraestructura hospitalaria que en conjunto deberán garantizarla dentro y fuera de la sala de operaciones

En comparación con otros países, en México se habla poco en relación a la génesis y prevención de los errores médicos así como de la seguridad en cirugía, tópico mundial en el que se ven involucrados médicos e instituciones de salud con el fin de otorgar a los pacientes un servicio seguro y de calidad.

Como cirugía segura definiremos aquella intervención que se lleva a cabo tomando en cuenta y con control en su mayoría, de todos los factores involucrados antes, durante y después el evento quirúrgico, que ayuden a garantizar el desenlace exitoso de dicho procedimiento y la consecuente recuperación del enfermo. Tanto de infraestructura hospitalaria como de recursos humanos a todos los niveles que directa o indirectamente estén implicados con la atención del paciente.

Personal médico, de enfermería, camilleros, farmacia, almacén, limpieza, alimentos, central de equipos y esterilización instrumental, apoyos de laboratorio y gabinete, patología, etc.

A lo largo del tiempo, del análisis serio y cuidadoso de la génesis los accidentes de anestesia, accidentes operatorios, retención de objetos quirúrgicos, infecciones, etc, (denominados eventos centinela o errores médicos) de los cuales se habla abiertamente desde hace muy poco en términos relativos a la existencia de la práctica quirúrgica, han surgido las pautas

para las nuevas políticas internacionales relacionadas con la seguridad del paciente en general y en este particular caso, de la práctica de la cirugía segura.

Pero para entender mejor la génesis de los eventos no seguros o equivocaciones médicas, que pueden resultar en una mala práctica quirúrgica, así como la metodología para su estudio y mecanismos para su solución, revisemos algunos antecedentes, definiciones y conceptos importantes.

Entre los antecedentes históricos concernientes a la falta de seguridad para el paciente, se encuentran los trabajos publicados en 1999 por el Dr. Gawalde[1] en la revista "The New Yorker". En el primero de ellos, El autor describe cómo un error suyo complicó la evolución de un paciente, destacando que esto les sucede incluso, a los médicos más preparados y respetados. Poco después, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (*Institute of Medicine* o IOM) publicó "Errar es humano"[2], donde, tras extrapolar datos de un par de estudios importantes[4] reportó que alrededor de 98 mil pacientes hospitalizados mueren anualmente en EU como consecuencia de errores médicos prevenibles, constituyendo la octava causa de muerte global por encima de las muertes ocasionadas por cáncer de mama, accidentes automovilísticos o por SIDA.

Lo mejor fue que mundialmente se iniciaron esfuerzos para el continuo mejoramiento en la seguridad del paciente y una cultura para el estudio del error médico. Las publicaciones médicas en relación al error y la seguridad del paciente que aumentaron de 54 a 164 por cada 100 mil artículos en Medline, desde el reporte del IOM.

Definiciones

Según el diccionario médico Steadman, error es: "un defecto en estructura o función. Una decisión equivocada". El IOM, lo refiere como: "La falla de una acción planeada para ser completada como fue concebida, o el uso de un plan erróneo para lograr un fin". En su artículo "Definiendo el error médico", Grober[5], concluye que es "un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución, que contribuye o puede contribuir a un resultado no intencionado". Por último, la *Patient Safety Foundation* (PSF) menciona que es: "un resultado no intencionado causado por un defecto en el cuidado de la salud de un paciente[6]". Esta última definición toca el punto medular del tema, ya que no existe ni por parte del médico ni del personal hospitalario la intención de errar y mucho menos, de dañar a un paciente.

La palabra "incidente" se define como falla en la toma de decisiones que tiene el potencial de causar o que causan un evento adverso[7]. Un evento adverso es una lesión (efecto deletéreo) causada por el manejo médico y no por la enfermedad o condiciones subyacentes del paciente. A su vez, un evento adverso atribuible a un error es un evento adverso prevenible, y un evento adverso negligente es un evento adverso prevenible que satisface los criterios legales para determinar negligencia[8].

En Estados Unidos, el costo anual total por eventos adversos oscila entre 37.6 y 50 billones de dólares y de entre 17 y 29 billones por eventos adversos prevenibles[9].

Finalmente, el término "casi error" recuerda aquella situación que de no haber sido evitada hubiera podido causar daño al paciente[10.]

Estudio del error

El estudio dirigido al error humano tiene poco más 30 años. Las pioneras por excelencia son la industria nuclear y aero-espacial; los frutos, sus investigaciones han ayudado a cimentar el estudio del error médico.

Como precursor de un evento adverso, la amenaza latente de un error estará siempre presente, dado que mientras más compleja la actividad, mayor será la posibilidad de que éste se presente con consecuencias graves, siendo la atención a la salud, una de las actividades más complejas a la que se ha dedicado el ser humano, ya que involucra tecnología muy avanzada, complicada en su manejo, drogas poderosas, médicos y personal hospitalario que tienen raíces educativas y culturales muy distintas, infinidad de escenarios clínicos y combinaciones únicas de paciente-enfermedad, hay muchos obstáculos de comunicación, los mecanismos del cuidado a la salud no están debidamente estandarizados, varían ampliamente y el ambiente siempre está presionado por el tiempo[11].

Del médico, no se espera menos que perfección en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Aunque todo el conocimiento, habilidad y esfuerzo del profesional de la salud van dirigidos a ésa meta, la perfección en la medicina es ideal, pero no siempre posible.

Como punto de partida, a nivel mundial se acepta que el 10% de los pacientes hospita-lizados sufrirá algún tipo de lesión derivada del manejo médico-quirúrgico[12].

Los errores médicos nacen de factores internos y externos al individuo además de cuestiones ambientales. Ejemplos de esto son: la fatiga, el descuido, el temor, la falta de conocimiento, la inexperiencia, un juicio médico defectuoso, la confianza excesiva, las deficiencias de comunicación interpersonal, el procesamiento imperfecto de la información, las limitación en la capacidades a nivel personal, las alteraciones de la personalidad y el síndrome de *burnout*[13].

Clasificaciones del error en medicina

Error activo: es cometido por un individuo y tiene consecuencias inmediatas. Estos generalmente se relacionan con negligencia e impericia. La negligencia se asocia al descuido, la desidia y/o falta de atención, mientras que la impericia resulta de la falta de conocimiento, destreza o habilidad.

Error latente: es cuestión de tiempo para que el error se haga evidente y se responsabiliza al sistema, el diseño, la organización, el entrenamiento, el mantenimiento y/o la capacitación del personal en el lugar de trabajo[14]. Los errores latentes pueden, a su vez, propiciar errores activos.

Según la Comisión Nacional de Arbitraje de México (CONAMED), existen errores excusables e inexcusables[15]. El error excusable se sustenta en un mal juicio, se comete con una lógica de pensamiento correctamente estructurada, pero que parte de una interpretación inadecuada de los hechos o la realidad. Esto puede acontecer por ejemplo, en enfermedades que comparten síntomas y cuya manifestación no es florida o es subclínica. Los errores inexcusables son aquellos que pudieron haberse evitado y son resultado de descuido o falta de pericia.

La clasificación de Leape[3], es sencilla y práctica para todas las especialidades médicas ya que presenta las fallas en las diferentes etapas de la atención al paciente.

I. Diagnósticos
a) Falla para ordenar los estudios adecuados
b) Solicitar un estudio o instaurar un tratamiento fuera de uso
c) Falla para actuar de acuerdo a los resultados del estudio o del monitoreo

II. Tratamiento
a) Error al administrar el tratamiento
b) Equivocar la dosis o el método/vía para administrar un medicamento

c) Retraso prevenible en el tratamiento o en respuesta a un estudio anormal
d) Cuidados inapropiados
III. Preventivos (profilácticos)
a) Monitoreo inadecuado o falla en el seguimiento del tratamiento
IV. Otros
a) Fallas de comunicación
b) Fallas del equipo

Abordaje, manejo y prevención del error médico-quirúrgico

En el cuidado de la salud, cuando hay algún evento adverso médico o quirúrgico la investigación es conducida generalmente en secreto, con sólo algunos involucrados, en donde el proceso frecuentemente concluye que hubo un error humano y a menudo recomienda "entrenamiento de remedio" a las personas "culpables" junto con algún castigo.

En la industria aeroespacial, si hay algún incidente de la misma naturaleza, se asume que tanto el personal, como los pilotos querían evitar que alguien saliera lastimado. Esta premisa motiva la investigación en un sentido totalmente distinto del que llevan los procesos legales en la medicina.

Teorías del error

Como máximo exponente sobre las teorías del error humano, El Dr. James Reason[16] divide en dos categorías la aproximación a éste: El personal y el sistémico.

En el primero, se asume que la culpa recae sobre un individuo. Se enfoca en una persona como responsable (lo más usual en el ambiente médico). Califica como "poco seguros" los actos erróneos como si provinieran de un proceso mental aberrante (olvido, inatención, poca motivación, negligencia e imprudencia). Naturalmente, las medidas para solucionar el error van dirigidas a reducir la variabilidad del comportamiento humano y desmotivar dichos "agravantes".

En el abordaje sistémico, se reconoce que los seres humanos son falibles y los errores aún del personal más calificado, son esperados. Los errores son vistos como consecuencia, no como una causa: "Los errores tienen su origen no en la perversidad humana, sino en factores relacionados al sistema"

La causa del error se explora buscando la debilidad dentro del sistema de trabajo y las defensas van encaminadas a reconocer, prevenir y corregir los mismos. Acto seguido, el problema se analiza desde su raíz y luego se rediseña el sistema de forma tal que el error no se repita o al menos no tenga consecuencias de gravedad[17]. Cuando un evento adverso ocurre, lo importante no es quién falló, sino porqué las defensas fallaron. No se trata del evento, sino de "todos los factores que se conjuntaron" para crear un ambiente fértil para el error humano... En este caso, de un evento quirúrgico poco seguro o inseguro.

Los sistemas de alta seguridad se basan en evitar el error o en detectarlo tempranamente (ponerle trampas), asumiendo que a mayor sea el número de defensas, menor será el riesgo de que el error no se detecta a tiempo y donde el costo en la implementación de dichas medidas (Intervenciones) se evalúa en relación con la pérdida de vidas humanas. De todo este análisis es que se derivan las listas y protocolos de seguridad del paciente quirúrgico

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud. Ésta promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.

La seguridad en cirugía

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud irá en aumento.

Desafortunadamente, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. Pese a la costoeficacia que tiene la cirugía en cuanto a salvar vidas y evitar la discapacidad, la falta de acceso a una atención quirúrgica segura y de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. Se calcula que cada año, 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública.

En países avanzados se registran complicaciones importantes en el 3 al 16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren reingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0.4 al 0.8% aproximadamente, mientras que en los países en desarrollo señalan una mortalidad del 5 al 10% en procedimientos de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general en algunas partes del África subsahariana llega a alcanzar hasta una muerte por cada 150 operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

Datos sobre la seguridad de la cirugía

Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.

La tasa bruta de mortalidad tras la cirugía mayor es del 0.5 al 5%.

En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.

El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en el 50% de los casos.

Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Por poner un ejemplo sobre las repercusiones económicas en los sistemas de salud, En E.U.A., a partir de octubre del 2008, Medicare dejo de pagar por 8 errores médicos prevenibles: escaras, caídas, embolismo aéreo, transfusión de productos hemáticos incompatibles, olvido de gasas o instrumental dentro de pacientes quirúrgicos, mediastinitis post-bypass coronario e infecciones por uso prolongado de catéteres vesicales y líneas vasculares centrales. Es posible que a partir del 2009 se excluyan de pago también las neumonías asociadas a ventilador, sepsis por *S. aureus*, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar[18].

El problema de los errores e inseguridad en cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, la poca y deteriorada infraestructura, antigüedad del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamen-

tos, la deficiente capacidad y formación del personal, ineficiente gestión organizacional, la lucha contra las infecciones, escasez de recursos financieros, todos factores que contribuyen a aumentar las dificultades.

Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía promoviendo una serie de medidas básicas, podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo.

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica.

Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, señalando cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica:

1. Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica
2. Seguridad de la anestesia
3. Seguridad de los equipos quirúrgicos
4. Medición de los servicios quirúrgicos

Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica

La infección de la herida sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica una hora previa a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo del incumplimiento de estas sencillas medidas, no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino que simplemente no se realizan de manera consistente y sistematizada. La administración de antibióticos en el transoperatorio se hace tanto en los países avanzados como en vías de desarrollado, volviéndola dicha medida ineficaz para reducir las infecciones.

Seguridad de la anestesia

A pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados, las complicaciones anestésicas son una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo. En 1980, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era 1/5 mil. Gracias a los avances tecnológicos y a la instauración de normas básicas, actualmente el riesgo se ha reducido a 1/200 mil en el mundo desarrollado. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países subdesarrollados parece ser 100 a mil veces mayor, indicando una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno[19].

Equipos quirúrgicos seguros

El trabajo en equipo es fundamental para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En quirófano, donde frecuentemente puede haber mucha tensión y hay vidas en riesgo, el trabajo en equipo es crucial para una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo dependerá de su forma de comunicarse, de la aptitud clínica y técnica de sus miembros, así como de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería reducir el daño al paciente.

Varios autores[20, 21, 22] consideran que el médico debe ser evaluado continuamente en relación con su desempeño incluyendo estándares de comportamiento mediante un

programa objetivo, justo, puntual y que retroalimente al profesional. En relación a esto, en la provincia de Alberta, Canadá, los médicos son evaluados mediante un programa llamado PAR (*Physician Achievement Review*). El PAR consiste en un cuestionario dirigido al médico en relación a su competencia y a sus relaciones interpersonales en el trabajo. De forma confidencial se entregan otros cuestionarios a enfermeras, pacientes y colegas del médico en cuestión para conocer la opinión de ellos y retroalimentar al médico evaluado. Esto permite identificar comportamientos erráticos del médico así como cualquier tipo de alte-ración en su rendimiento.

Walton[23] y Kovacs[24] establecen la necesidad de educar a todo profesional de la salud en cuestiones de calidad y seguridad en la atención del paciente. Destacan la importantísima participación de los pacientes y familiares en foros de discusión sobre fallas médicas-quirúrgicas.

Medición de los servicios quirúrgicos

El mayor obstáculo para el avance en la seguridad quirúrgica ha sido la escasez de datos básicos. En general, solo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Para garantizar que los sistemas de salud avancen en materia de seguridad quirúrgica debe instaurarse una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos.

Para mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones, La OMS planteó cuatro líneas de acción:

1. Proporcionando información a todo personal involucrado en la atención de pacientes quirúrgicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
2. Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
3. Implementando un conjunto sencillo de normas básicas de seguridad en la cirugía que puedan aplicarse en cualquier entorno sin importar el país y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos
4. Evaluando y difundiendo el uso de dicha lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

También, se definieron 10 objetivos esenciales recopilados en una lista denominada Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía que todo equipo quirúrgico debería cumplir durante su actuar. Dicha lista, habría de ser evaluada en centros piloto para comprobar que es suficientemente completa, ampliamente aplicable, capaz de mejorar la seguridad y la calidad de la atención quirúrgica en diversos entornos.

Para mejorar los resultados quirúrgicos de manera global, se necesita un sólido compromiso político-gubernamental y que haya en todo el mundo grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes y potencialmente mortales que conlleva una atención quirúrgica poco segura (deficiente o proclive para el error[19].

Los 10 objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía:

1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. El equipo utilizará métodos que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de

la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos dentro del paciente o en la herida quirúrgica.
8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

La Lista de Verificación es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico en el mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

En la fase preoperatoria se intervendrá en:

La obtención del consentimiento informado. Este es la personificación legal del concepto de que cada individuo tiene el derecho de tomar las decisiones que pueden afectar su salud. Hoy en día el paternalismo médico cede su lugar a una decisión con conocimiento de causa y responsabilidad por parte del paciente. Actualmente, se considera que el paciente tiene una obligación ética hacia su propia salud. El consentimiento informado debe basarse en una plática balanceada que debe incluir la estrategia del tratamiento y sus beneficios, los términos de una evolución satisfactoria y el tiempo estimado de recuperación. Se deben exponer los riesgos haciendo hincapié en su frecuencia y magnitud. Hay que comentar los métodos alternativos de tratamiento con riesgos y beneficios así como el panorama en caso de no recibir tratamiento. Todo esto debe ser transmitido al paciente en un lenguaje claro para que se pueda proceder al manejo con base en una decisión informada y pensada. El consentimiento informado no conducirá necesariamente a una sociedad médico-paciente ideal, pero debe promover la autonomía del paciente en el proceso de toma de decisiones y colocar los cimientos para una relación ética y de confianza entre el paciente y el médico.

La confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la operación y del procedimiento que ha de realizarse; la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, la preparación / anticipación adecuada de acontecimientos posibles en el transoperatorio.

En la fase operatoria, para garantizar un resultado satisfactorio es necesario: un uso adecuado y prudente de antibióticos; la disponibilidad de técnicas de imagen fundamentales; una monitorización adecuada del paciente; un trabajo en equipo eficiente que incluye una buena comunicación entre todas las partes involucradas (competencia del equipo anestésico-quirúrgico y de enfermería); una técnica operatoria meticulosa.

En el postoperatorio

Una buena comprensión de los sucesos

intraoperatorios, un plan de cuidados claro acorde a las necesidades específicas del paciente, así como el compromiso por parte de todo el personal al cuidado del enfermo para cumplirlo, notificar sobre las eventualidades y hacer las modificaciones oportunas en tiempo.

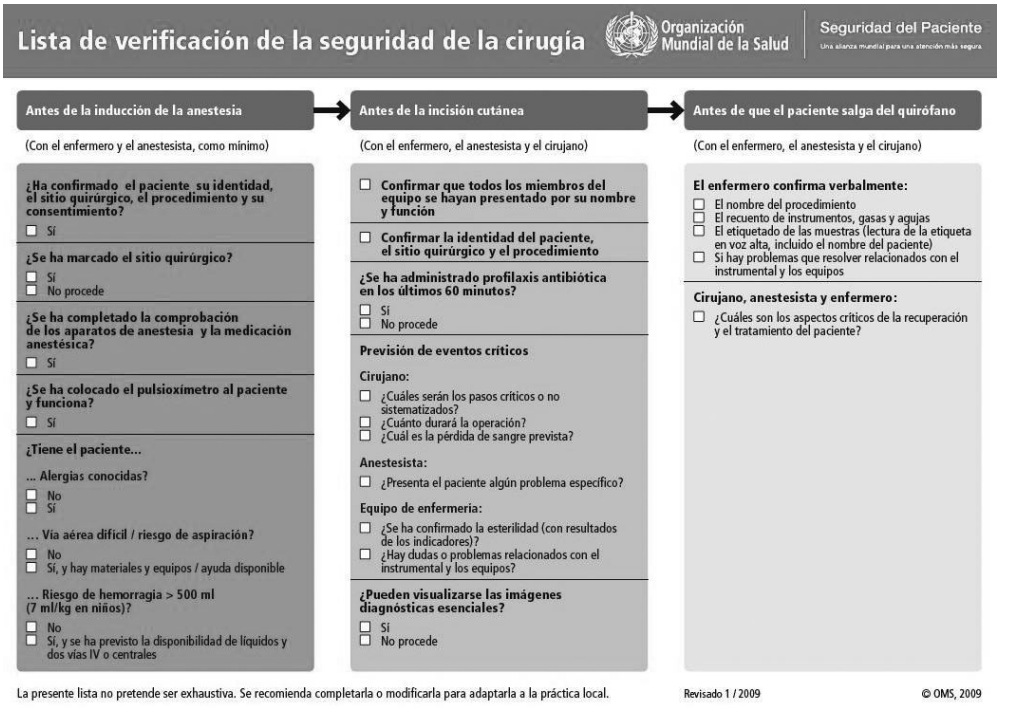
Todo lo anterior supone un avance en la atención quirúrgica, favoreciendo así la seguridad del paciente y mejorando los resultados.

La lista de verificación garantiza la incorporación de elementos clave para la seguridad del trabajo en quirófano. Se entiende que las normas representarán un cambio de hábitos en casi todos los entornos, pero su introducción según datos científicos fehacientes y en la opinión de expertos, supone mejoras tangibles y determinantes para salvar vidas. Así pues, todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales utilizan dicha lista o instrumentos similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual; además, establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos[19].

Un elemento clave es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto. Si se cumplen los tres principios (simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad) es posible que se logre aplicar la *Lista de verificación* con éxito.

Acotaciones breves sobre el uso de la lista de seguridad quirúrgica

Es fundamental que el proceso de verificación de la Lista lo dirija una sola persona. Por lo general el responsable de llenar las casillas de la misma una enfermera, aunque podría ser cualquier involucrado en la operación.



Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
☐ Sí
☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?
☐ No
☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
☐ No
☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?
☐ No
☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

☐ **Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función**

☐ **Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento**

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
☐ Sí
☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:
☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
☐ ¿Cuánto durará la operación?
☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:
☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:
☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
☐ Sí
☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:
☐ El nombre del procedimiento
☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas
☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:
☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Antes de la inducción de la anestesia, entrada: el encargado de llenar la Lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el Anestesiólogo el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea, así como de disponer de aditamentos técnicos, insumos necesarios o apoyo de otros colegas para hacer frente a dichos escenarios. También, informará de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación.

Idealmente, la lista debe ser cotejada apenas el paciente se encuentre dentro de la sala bajo supervisión de todo el personal involucrado en el procedimiento, cuando el enfermo aún se encuentra despierto y libre de efectos anestésicos. Quién mejor para corroborar si la información es correcta, e incluso para saber si hay alguna causa por la que la cirugía deba ser retrasada o pospuesta.

En el caso de los menores de edad y pacientes con alguna deficiencia mental o de comunicación, seria obligado que al menos uno de los padres o familiar mejor enterado sobre el procedimiento, estuviera presente al momento de realizarlo y no solo cuando se encuentra en recuperación para acompañar a su paciente.

Todo el personal y miembros del equipo quirúrgico, sobre todo el cirujano deben estar presentes en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones.

Respecto de lo anterior, en muchos hospitales, sobre todo en el sector privado, es práctica común, realizar el llenado de la lista de seguridad cuando el paciente ya está bajo anestesia, quizá, para evitar que el paciente esté consciente dado lo penoso que podría resultar tanto para la reputación del hospital, como para la del equipo médico-quirúrgico si alguno de los incisos no se pudiera llenar por falta de algún insumo, desconocimiento de valiosa información de una o más variables que presenta el paciente en cuestión.

Hemos de recalcar que si éste fuera el caso, probablemente el paciente no vea con agrado que no se tengan todas las variables concernientes a su procedimiento controladas al 100%, pero seguramente agradecerá, aunque tome cierto tiempo extra, que se tomen las medidas necesarias para obtener la información faltante, checar que todo funcione correctamente, contar con todos los insumos solicitados para aumentar las posibilidades de que su cirugía trascurrirá con la mayor serenidad y fluidez posible, lo que seguramente contribuirá a un mejor resultado quirúrgico.

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (Pausa quirúrgica) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han tomado medidas relacionadas a la prevención de infecciones del sitio quirúrgico como realización de la antisepsia y administración de antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

Previo al cierre quirúrgico del paciente, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida.

Antes de la Salida: examinarán los problemas que pudieron haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos y otras cuestiones que deban resolverse.

Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del posoperatorio inmediato, recuperación y medidas importantes a realizar cuando el paciente se encuentre en piso. En relación a las indicaciones médicas es muy importante no utilizar abreviaturas, ya que esto suele causar errores delicados[20].

Los retos

A menos que exista un apoyo visible y continuo al tema de la seguridad en cirugía, una Lista de este tipo puede despertar descontento y rechazo. Se recomienda que los líderes de los hospitales prediquen con el ejemplo, ello permitirá un diálogo continuo para abordar problemas, ineficiencias y escepticismos.

Los líderes de los ámbitos clínico y político también pueden destacar las cuestiones que plantéa la cirugía segura y su efecto sobre la salud pública midiendo y evaluando la atención prestada. Es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la cantidad y la calidad de la atención, lo cual constituye un componente esencial del éxito de cualquier programa de mejora.

Se han establecido cinco "estadísticas vitales" para estimar la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos:

Para garantizar una vigilancia quirúrgica básica, los Estados Miembros de la OMS deben reunir en cada país la información siguiente:

- Número de quirófanos existentes
- Número de operaciones llevadas a cabo en quirófano
- Número de cirujanos y anestesistas formados
- Número de defunciones el día de la intervención quirúrgica, y
- Número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

Las dos últimas variables permitirán calcular la mortalidad asociada a las Intervenciones quirúrgicas: Tasa de mortalidad el día de la intervención = muertes el día de la intervención / total de casos quirúrgicos. Tasa de mortalidad hospitalaria posoperatoria = muertes de pacientes ingresados tras la intervención / total de casos quirúrgicos

La cirugía segura salva vidas es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura.

Todos los Estados Miembros, hospitales o consultorios del mundo y los equipos quirúrgicos están invitados a aceptar este reto, consistente en: objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía. "Estadísticas vitales" para medir los progresos realizados y lista de verificación de la seguridad de la cirugía que se llenará en cada procedimiento quirúrgico.

Es imprescindible que las prácticas seguras se integren en la atención quirúrgica. Los sistemas deben respaldar el objetivo de mejorar la atención en todos los entornos, independientemente de sus recursos[21].

Sugerencias para mejorar la calidad de la atención quirúrgica y favorecer la práctica de la cirugía segura

Es importante destacar que la lista de verificación no fue creada para ser un instrumento normativo ni un elemento de política oficial. Se requiere que cada institución la adopte y modifique según sus necesidades y sin perder de vista que lo verdaderamente

importante es que la mayor parte de las variables y condiciones vitales RESPECTO DE LA CIRUGÍA DEL PACIENTE sean puntual y satisfactoriamente atendidas antes de llenar los dichosos formatos, de otra manera corre el riesgo de volverse parte de un papeleo interminable sin ninguna ventaja para el paciente o equipo quirúrgico, o dicho de otra manera:

<<"Señorita enfermera: ¡El paciente pasó por el control de piso, preoperatorio, llegó a sala y ¿nadie se dio cuenta que la se tapó la venoclisis?!... ¡El paciente tiene riesgo trombo-embólico alto y llegó a sala sin las medias de compresión!. ¡No funciona el aspirador!. ¡Necesito este medicamento urgente!, ¡espéreme tantito Doctor, voy corriendo al almacén!... ¡No sirven las pinzas... las tijeras no cortan!... ¡No ha llegado el material que solicito Doctor!. ¡No hay quien reciba al paciente en sala de recuperación!... PERO LA LISTA DE SEGURIDAD Y TODOS LOS PAPELES YA ESTáN CORRECTAMENTE LLENADOS">>

Las nuevas medidas a implementar deberán promoverse desde el ejemplo y el convencimiento, no por imposición. Cabe mencionar que cuando las soluciones o las propuestas de mejora son sugeridas por el personal directivo o administrativo que poca o ninguna relación tiene con el quirófano, dicho desconocimiento, puede potencialmente deteriorar y entorpecer el adecuado funcionamiento del quirófano con "pasos extra" y procedimientos no encaminados en conocer ni atacar las causas del problema.

Se podrían crear políticas regulatorias propias de cada institución sobre temas como:

- Aplicación de la Lista de seguridad
- Relevos de personal durante la cirugía
- Reducción y manejo de las distracciones ambientales como los beepers, teléfonos, música así como la restricción del acceso a personas no involucradas en la cirugía.
- Registro con lector óptico del material que entra y el que se usa, para llevar un control electrónico estricto.

En muchos hospitales de Canadá, Estados Unidos y Europa, hay personal contratado y asignado específicamente para atender beepers, celulares y otras eventualidades dentro de la sala, así como personal médico (incluso cirujanos) para cubrir los pisos de hospitalización y consulta externa, para evitar que quien está operando, tenga que distraer su atención por ser solicitado en otro lugar al mismo tiempo (a fin de cuentas, el costo de contratar más médicos, puede resultar menor que el de pagar por una o varias demandas por la falta de ellos).

Avisar directamente a la dirección hospitalaria y a la jefatura de quirófano si algún miembro del equipo falta en acatar las nuevas disposiciones.

Respecto de los Objetos Quirúrgicos Retenidos:

Un muy buen ejemplo de escenario propicio para que este tipo de error ocurra, es el no contar con material e insumos dentro de la sala. Requerirá del circulante, ausentarse para solicitar en el almacén lo necesario para continuar o terminar la cirugía, siendo un factor importante de distracción y probablemente haciéndole perder de vista, aspectos y momentos clave del procedimiento.

Si nuestro equipo quirúrgico se encuentra operando cuando llega el cambio de turno, no dejamos al paciente abierto para que el cirujano del siguiente turno se haga cargo y termine la cirugía, por lo tanto, los cambios de turno del personal de enfermería deberían estar prohibidos durante un procedimiento.

En el entendido de que dentro de un quirófano, todas las licenciadas enfermeras deberían contar con especialidad quirúrgica y tener completo dominio del material e instrumental requerido para un procedimiento, una

posible solución sería programar al personal existente de la manera más eficiente posible, quien se pueda quedar si la cirugía se extiende, es el que entra a la cirugía más compleja.

El personal de enfermería, la mayoría de las veces no pregunta la dominancia manual del paciente al momento de instalar una venoclisis, tampoco se utiliza un catéter de calibre apropiado para el paso de las soluciones parenterales. No es raro el escenario de que el paciente llegue a la sala de quirófano con la venoclisis mal instalada (en la mano dominante), en pliegues de flexo-extensión, con catéteres de calibre pequeño y/o tapados por permanecer cerrados durante los traslados desde su habitación, preoperatorio y finalmente a la sala quirúrgica, derivando en la necesidad de puncionar nuevamente al paciente si los intentos por restablecer el flujo correcto de la solución en turno fracasan o se determina que para el tipo de cirugía, el calibre instalado no es el adecuado.

¿Cómo hacerlo?

Por poner un ejemplo: ¿Cómo logró Alemania sobreponerse a la adversidad, levantar una nación después de la devastación de dos guerras mundiales tan rápida y exitosamente, para convertirse en la actualidad en una de las primeras potencias científicas, tecnológicas y económicas del mundo, así como tener uno de los sistemas de salud mejor planeados y eficientes del planeta?

Como muchos de los logros en las grandes empresas de la humanidad, todo empezó por la decisión, el interés genuino y coherente por la educación de calidad y el mantenimiento de la disciplina a todos los niveles.

El inicio de la implementación de protocolos para la cirugía segura y el combate contra el error en medicina debiera ser el de promover con las autoridades correspondientes mejorar los programas de enseñanza de pregrado y postgrado tanto de médicos como de enfermería, con escrupulosa selección de estudiantes, control efectivo del proceso de enseñanza-aprendizaje, impartiendo obligatoriamente la ética médica, el estudio de la comunicación humana, la legislación sanitaria, la génesis del conflicto derivado del acto médico y los métodos de solución de controversias[22]. Woods[23], menciona que el 80% de los errores demostrables en medicina nacen de una comunicación inadecuada.

Otra manera de concientizar al personal en formación sobre los conceptos de la seguridad en cirugía y del error médico-quirúrgico, es mediante sesiones de morbimortalidad estructuradas con el fin de sistematizar en el aprendizaje y no en satanizar el abordaje médico y los resultados del caso. En la Universidad de Lousville, en Kentucky, el nombre de estas sesiones incluso ha cambiado al de "conferencia para el mejoramiento de la calidad[24]". Los mejores casos de enseñanza son seleccionados y reforzados con datos basados en evidencia y enfocados siempre en cómo mejorar la seguridad del paciente. Los residentes están obligados a evaluar todos los errores o "casi errores" en cada etapa de la atención al paciente aunque no hayan tenido repercusión alguna que lamentar.

Además, una vez al mes se presenta un caso en el que se evalúan costos, para que tanto el personal directivo, administrativo como el operativo, estén conscientes de los gastos relacionados al descuido médico y estimular así eficiencia y economía.

En un futuro cercano, los cursos de seguridad para el paciente y manejo de riesgos para todo involucrado en la atención hospitalaria, serán factor indispensable para aprobar los procesos de recertificación. Posiblemente el costo del seguro de responsabilidad médica

sea significativamente mayor para los médicos que no cuenten con este requisito.

Para estudiar y atacar los errores concernientes a la seguridad en cirugía se requiere de un sistema de colección y análisis de información (reportes). En Estados Unidos ya se han realizado esfuerzos institucionales y legislativos para fomentar el reporte de estas fallas[25]. Resulta razonable pensar que conociendo el trasfondo de los errores, habrá una disminución en los mismos. Hoy en día existen limitantes para la elaboración y colección de dichos reportes, la más importante de ellas es el temor.

Pero más allá de éste, existe confusión sobre qué reportar, cómo hacerlo y quién los debe redactar, así como a qué autoridad competente ha de turnarse dicha información. Esto deberá resolverse mediante unificación de criterios para posteriormente estandarizarse globalmente.

Cuando ocurre un evento adverso en cirugía

Lo primero y primordial será estudiar concienzudamente por qué las defensas fallaron, cuál fue el eslabón que no fue consistente o incluso cuál faltó; cuáles fueron las condiciones proclives para que el error sucediera. Lo segundo será remediarlo rápida y eficazmente partiendo de dicho análisis, vigilando sistemáticamente que el abanico de soluciones sea sencillo, fácilmente aplicable, reproducible y más eficiente que el que falló. Sin embargo, lo tercero y no menos importante podría ser decir: "lo siento…"

Wittman[31] demostró, de forma casi obvia que la gran mayoría de los pacientes quieren ser informados de equivocaciones médico-quirurgicas por pequeñas que éstas sean. El acto de "*disclosure*" (revelación) debe ser realizado ante el paciente y su familia con transparencia y acompañado de una disculpa. Hoy por hoy el concepto de decir "lo siento" a un paciente es relativamente nuevo y genera emociones y opiniones mixtas[16]. Estados Unidos, Australia, el Reino Unido y Canadá entre otros países, han avanzado notablemente en relación a este tema. En el año 2001, Pennsylvania fue el primero en la Unión Americana en requerir a los hospitales un informe por escrito al paciente y/o familia en caso de un "evento serio", entendiendo por esto: "todo evento intrahospitalario que resulta en muerte del paciente o compromete su seguridad y que requiere servicios de salud adicionales. Witman[26], encontró que es menos probable que un paciente presente una demanda cuando hay una "revelación" honesta y directa por parte del médico.

Algunos abogados consideran que el decir "lo siento" es equivalente a "ponerse la soga al cuello[27], pero actualmente, en 30 estados de E.U.A. las "leyes de disculpa" (*apology laws*) prohíben que una disculpa médica sea usada en la corte[28]. Existen reportes que indican claramente que cuando se ha platicado sincera y abiertamente con los pacientes en relación a un error médico-quirúrgico las demandas disminuyen. Al contrario, cuando el paciente se entera de la situación por otra vía que no es el médico tratante, tiende a demandar con mayor frecuencia[29]. En Los Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 7 pacientes dañados por errores médicos establecerá una demanda, mientras que muchos otros pacientes con eventos adversos no relacionados a un error deciden hacer lo mismo. La principal causa de demanda en aquel país es por errores en relación a medicamentos: fármaco erróneo, no aplicación de un medicamento indicado, dosis inadecuada, vía de administración equivocado, horario diferente al especificado, etc. La segunda causa de demanda es la falla diagnóstica[28]. Siendo ninguna de éstas, relacionadas directamente con cirugía.

Es de vital importancia subrayar que los líderes de las instituciones de salud tienen la responsabilidad de crear la infraestructura técnica y organizacional para apoyar a los médicos en el ejercicio de su profesión[29]. A nivel mundial múltiples agencias federales, organizaciones e instituciones no gubernamentales han desarrollado guías y recomendaciones para evitar los errores en medicina así como medidas para evaluar el desempeño individual y colectivo en la calidad y seguridad de los servicios de salud[30].

En E.U., el *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) ha sido la organización más poderosa detrás de los cambios en relación a la seguridad del paciente, y seguramente, la *Joint Comission on Acreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) es hasta ahora, el instrumento más eficaz para promover estos cambios[31]. Creada en 1951, la JCAHO es una organización independiente sin fines de lucro que nace de la unión de la *American Medical Association* (AMA), el *American College of Physicians* (ACP), la *American Hospital Association* (AHA) y la *Canadian Medical Association* (CMA) con el *American College of Surgeons* (ACS). Éstos tienen por objeto mejorar la calidad y la seguridad en los servicios médicos a través de la acreditación de hospitales que cubran ciertos estándares. Cada año, la JCAHO revisa las metas a alcanzar y los requerimientos necesarios para cumplirlas.

No es de sorprenderse que México adoptó el sistema ISO (*International Organization for Standarization*) para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, pero son pocas las normas ISO relacionadas a servicios de salud y no son específicas para ellos; son útiles para indicar la calidad en recursos y organización, pero no garantizan una atención médica de calidad. Cabe mencionar que aun en los mejores escenarios, incluso muchos de los hospitales privados en México no cuentan con la infraestructura ni con la capacitación de su personal para satisfacer los estándares de la *Joint Comission* (JCAHO).

Existen otras muchas estrategias propuestas para reducir el error en las instituciones de salud como simplificar y estandarizar procedimientos y protocolos, reducir la confianza en la memoria a través de listas de chequeo y diagramas de flujo, no tolerancia a la violación de estándares[32], segundas opiniones, uso de simuladores, sistemas de apoyo, diagnóstico computarizados, entrega de resumen clínico completo al paciente egresado y llamadas a su casa, equipos médicos de respuesta rápida a pacientes con incipientes datos de deterioro, expedientes electrónicos, entrenamiento intensivo y sistema de prescripción médica en línea.

Conclusiones

La máxima *Primum non nocere* forma parte del entrenamiento médico desde el primer día de nuestra carrera, pero el ejercicio de la medicina y de la cirugia tiene riesgos aún en los mejores escenarios. “No comete errores, quien no ve pacientes”.

La práctica de la medicina y de la cirugía són más que la suma de nuestro conocimiento sobre la enfermedad y las técnicas para combatirla en su caso; al ejercerla se trata con experiencias, sentimientos e interpretaciones de seres humanos en momentos extraordinarios de miedo, dolor, ansiedad y duda. La práctica de ambas se distingue por la necesidad de un buen juicio muchas veces ante la faz de la incertidumbre. Aun así, la sociedad no suele aceptar que el médico cirujano puede equivocarse y que sufre las influencias de sus deseos y temores como cualquier otra persona. Para los pacientes y sus familias, la mayoría de los eventos inesperados implican un error médico, pero éstos pueden ocurrir sin una falla de por

medio (Ej. expectativas no razonables que no fueron explicadas al paciente y/o a su familia) Pero no se puede tapar el sol con un dedo, el tema de la seguridad quirúrgica constituye actualmente un problema de salud pública y debemos afrontarlo como tal.

Hoy más que nunca es necesaria la autocrítica del médico y los equipos quirúrgicos hacia su trabajo. Se requiere además, de ética, honestidad, empatía tolerancia, responsabilidad y profesionalismo en su relación con los pacientes.

A pesar de la creciente aceptación por utilizar la evidencia e implementar los protocolos de seguridad quirúrgica, el tema de la seguridad en la práctica aún es joven y poco consistente. El progreso es modesto, aunque es posible que un gran número de quirófanos sean hoy, más seguros que antes.

Los esfuerzos para garantizar una cirugía segura, así como la seguridad del paciente, van mucho más allá de llenar una serie de formatos y comentar a todos sus involucrados de esta real e imperativa necesidad.

Mientras no se cuente con las herramientas para medirla, la infraestructura adecuada, personal profesional, calificado y competente, debidamente seleccionado por su mayor vocación de servicio, comprometido con brindar una atención de calidad, pasando desde el personal de limpieza, almacén, alimentos, personal administrativo, laboratorio y gabinete, camilleros, personal de enfermería, médicos y hasta los directivos de los hospitales, debidamente instruidos en todo lo que incluye garantizar la seguridad médica y quirúrgica del paciente, ésta no será más que un buen deseo... los errores seguirán ocurriendo y será una meta difícil de alcanzar.

Crear una cultura de calidad y Cirugía Segura resulta una labor titánica con barreras enormes. La nueva generación baluartes de la medicina incluirá no sólo a aquellos que desarrollen nuevos tratamientos y procedimientos técnicos sino también a los líderes en el avance de la seguridad del paciente en cualquiera de sus ámbitos y especialidades, en el tema que nos compete: a la seguridad quirúrgica.

Si bien es cierto que: *Errare humanum est* (errar es humano) para quien practica la medicina y ha sido así durante la evolución de la cirugía: la meta día con día será lograr procedimientos más seguros.

Referencias.

1. Gawalde A. *When Doctors Make Mistakes*. New Yorker 1999;74:40-55.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human Building a Safer Health System. Commitee on Quality of Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.
3. Brennan TA, leape LL. Laird NM, Herbert I, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weller PC, Hiatt HH. *Incidence of Adverse Effects and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I*. N Engl J Med 1991;324:370-376.
4. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. *The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of The Harvard Medical Practice Study II*. N Engl J Med 1991;324:377-384.
5. Grober ED, Bohen JMA. *Defining Medical Error.* J CAN CHIR 2005;48:39-44.
6. Satava RM. *The Nature of Surgical Error. A Cautionary Tale and a Call For Reason*. Surg Endosc 2005;19:14-16

7. Michel P. *Strenghts and Weaknesses of Available Methods for Assessing the Nature and Scale of Harm Caused by the Health System: Literatura Revier*. 2004. www.who.int/patientsafety/research/P_Michel_Report_Final_version.pdf
8. Weiss PM, Miranda F. *Transparency, Apology and Disclosure of Adverse Outcomes*. Obstet Gynecol Clin N Am 2008;35:53-62.
9. *Centers for Disease Control and Prevention (National Care For Health Statistics). Deaths: Final Data for 1997.* National Vital Statistics Reports. 47(19):27,1999.
10. Gutiérrez-Cía I, Obón-Azuara B, Aibar-Remón C. *Análisis de los "casi errores". Un nuevo enfoque en el estudio de los acontecimientos adversos*. Med Intensiva 2008;32:143-146.
11. Hosford SB. *Hospital Progress in Reducing Errors: the Impact of External Interventions*. Hosp Top 2008;86:9-19.
12. Leape LL. *Scope of Problems and History of Patient Safety*. Obstet Gynecol Clin North Am 2008;35:1-10.
13. Federspil G, Vettor R. *Rational Error in Internal Medicine*. Intern Emerg Med 2008;3:25-31.
14. Vázquez-Valdés E, Vázquez-Rossainsz E, Barradas-Guevara MC. *Iatrogenia ¿error individual? ¿falla del sistema?.* Cir Ciruj 2003;71:397-401
15. Tena-Tamayo C, Juárez-Díaz González NL. *Error y conflicto en el acto médico*. Rev Med IMSS 2003;41:461-463.
16. Reason J. *Human Error: Models and Managment*. Br Med J 2000;30:768-770.
17. Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost PJ. *Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine*. JAMA 2008;299:685-687.
18. Brooks J. *US Medicare Will Stop for Preventable Errors*. CMAJ 2007;177:841-842.
19. http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/
    Email: patientsafety@who.int
    www.who.int/patientsafety/en/
    www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/
20. Leape LL. *When Good Doctors Go Bad*. Ann Surg 2006;244:649-652.who provide safer care? Qual Safe Health Care 2003;12:16-20
21. Woods D. *Medical Error. What Do We Know? What Do We Do?* Br Med J 2002;325-285.
22. McCafferty HM, Polk HC Jr. *Patient Safety and Quality in Surgery*. Surg Clin N Am 2007;87:867-881.
23. Wittman AB, Park DM, Hardin SB. *How Do Patients Want Physicians to Handle Mistakes? A survey of Internal Medicine Patients in an Academic Setting*. Arch Intern Med 1996;156:2565-2569.
24. *Pennsylvania Medical Care Availabitlity and Reduction of Error* Act (MCARE) Act 13,Sec 302. 2002
25. ButcherL. *Lawyers Say "Sorry" May Sink You*. Physician Exec 2006;21-24.
26. Flowers L, Riley T. *State-based Mandatory Reporting of Medical Errors: An Analysisi of the Legal and Policy Issues*. National Academy for State Health Policy. Portland. ME;2001:1-61.
27. Griffen FD. T*he Impact of Transparency on Patient Safety and Liability.* Bull Am Coll Surg 2008;93:19-23.
28. Heitmiller E, Martínez E, Pronovost PJ. *Identifying and Learning From Mistakes.* Anesthesiology 2007;106:654-656.
29. Clarke JR, Lerner JC, Macarella W. *The Role for Leaders of Health Care Organizations in Patient Safety*. Am J Med Qual 2007;22:311-318.

30. Berenholtz SM, Pronovost PJ. *Monitoring Patient Safety*. Crit Care Clin 2007;23:659-673.
31. Wachter R. *The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After "To Err is Human"*. Health Aff (Millwood) 2004; Jul-Dec;web exclusives:w4,534-545.
32. Joint Commission 2007 National Safety Goals. Jointcommission.org/PatientSafety/National-PatientSafetyGoals/07_hap_cah_npsgs.html.

CAPÍTULO
23

EL CIRUJANO GENERAL Y LA CALIDAD

Dr. José Antonio Vázquez Frías
Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas

"La calidad nunca es un accidente; es siempre el resultado de una gran intención, de un esfuerzo sincero, de una dirección inteligente y de una habilidosa ejecución; representa la elección sabia de entre muchas alternativas".
John Ruskin

Introducción

No es sencillo resumir la dimensión del reto que implica el fenómeno de la calidad en el entorno de la salud; sus conceptos, su historia, su contexto, las lecciones aprendidas, su ahora y sus horizontes.

Lograr la calidad en la atención médico-quirúrgica es un reto complejo, pero es indispensable, apremiante e impostergable. Es importante conocerla, entenderla, difundirla, implantarla, ejercerla y mejorarla continuamente.

Es una labor titánica que requiere de gran liderazgo, de personal con amplio sentido del compromiso, con valores bien arraigados, de sobrada energía y alta tolerancia a la frustración; todo esto, idealmente, de tiempo completo.

¿Difícil? Sí. ¿Imposible? No. Tal vez el primer paso consista en preguntarnos qué tipo de atención médica queremos los mexicanos y qué estamos dispuestos a hacer para lograrlo; luego, entender que la calidad en la vida, en la medicina y en la cirugía general nace en nosotros. No puede dar calidad quien no la tiene.

¿Qué es calidad?

El Diccionario de la Real Academia Española[1], especifica que el término calidad deriva del latín *qualitas* y significa: "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor" o "la adecuación de un producto o servicio a las características especificadas".

Esta calidad no distingue actividad humana y desde luego, aplica también al ámbito médico, donde existen varias definiciones pues es un fenómeno multidimensional. El llamado "padre de la calidad en salud" Avedis Donabedian, la definió como: "el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y

ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes".

Los autores hemos entendido el término bajo el concepto de: "otorgar atención médica al paciente con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución"[2].

Más específicamente para las áreas quirúrgicas, el Dr. Clavien[3,] Presidente de la *European Surgical Association* (ESA), ha propuesto definir la alta calidad en cirugía como: "el tratamiento quirúrgico que se ofrece a un paciente por algún padecimiento en particular, que mejora la calidad de vida de forma costo-eficiente y es superior o igual a las terapias alternativas no quirúrgicas".

Independientemente del concepto, el *Institute of Medicine* (IOM) de los Estados Unidos de Norte América (E.U.A.), ha subrayado que las propiedades imprescindibles de una atención médica de calidad son: seguridad, oportunidad, efectividad, eficiencia, equitativa y centrada en el paciente[4]. Nosotros consideramos que hoy más que nunca son necesarios también, la disciplina, la transparencia y el apego a los valores éticos y morales.

Aspectos históricos relevantes

De una u otra manera y de modo empírico, la calidad se ha procurado desde que el hombre es hombre y desde que la medicina es medicina. Desde tiempos muy antiguos se sabe, de alguna forma, que la seguridad del paciente es la base de la calidad en la medicina y para muestra basta un botón; el concepto más conocido por los médicos, el *Primum non nocere* (primero no dañar), que según literatura reciente, se atribuye no a Hipócrates ni a Galeno, sino al médico inglés Thomas Sydenham[5].

Ya en la era moderna (1895), el Dr. Ernest Codman del Hospital General de Massachusetts (E.U.A.), mostró gran interés en los resultados de la atención médica y propuso la "idea del resultado final", que implicaba dar seguimiento a los pacientes hasta por un año después de su alta hospitalaria. Además, recomendó que los resultados de los cirujanos y de los hospitales fueran divulgados[6]. Posteriormente (1918), el *American College of Surgeons* (ACS) di-señó un programa de estándares para evaluar la calidad de la atención, lo que sembró la semilla para el eventual nacimiento de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO) en 1951, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse[7]. En 1966 adquiere fama el notable Dr Avedis Donabedian en E.U.A., con sus estudios: "Evaluando la Calidad de la Atención Médica" que sentó las bases para la evaluación de la calidad en el cuidado a la salud. Sus múltiples e invaluables publicaciones y enseñanzas transformaron el pensamiento sobre los sistemas de salud[8].

La globalización está propiciando la implantación de sistemas de atención de servicios de salud con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Dichos estándares están apoyados en métodos y reglamentaciones que, para tal efecto, promueven diferentes organismos, que van desde agencias nacionales o internacionales, hasta secretarías de estado; su objetivo está orientado hacia la evaluación del desempeño de las políticas y programas de la calidad de la atención[9].

La "historia mexicana de calidad en salud" tiene al menos 50 años de esfuerzos de nuestro Sistema Nacional de Salud, a veces truncos por falta de presupuesto o cambios de sexenio, a la vez que otros han sido exitosos

como la Auditoría Médica del IMSS (1960), la Ley General de Salud (1984), el proyecto de Certificación de Hospitales a cargo del Consejo de Salubridad General bajo su Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente (1999), la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud (2001-2006), el Premio Nacional a la Calidad en Salud (2003) y el Sistema Integral de Calidad en Salud (2007-2012), sólo por mencionar algunos.

Las instituciones privadas también tienen una trayectoria digna de mencionar; seguramente sus acciones tienen menos resonancia social a nivel nacional, pero su ahínco, inversión en recursos humanos, financieros y en capacitación continua, han generado experiencias y conocimientos que les han valido la certificación de calidad por instituciones internacionales con estándares difíciles de lograr. La suma de esfuerzos en México, ha generado sabiduría básica y competencias cada vez más avanzadas, que a su vez, inciden en estrategias más sólidas y efectivas que hacen ver, ahora un futuro más promisorio de la calidad en el marco sanitario nacional[9-13].

¿Cómo nos enfilamos hacia ella?

No existen recetas 100% exitosas. Inicialmente se requiere sembrar, enraizar y desarrollar una cultura de calidad entre la totalidad del personal de una institución de salud. Valga la pena comentar que tal vez, este primer paso sea el más complicado de todos. Los autores consideramos que la primera piedra de esta nueva cultura debe cimentarse en el respeto, los valores morales y éticos y la empatía; en reconocer la dignidad y las necesidades de salud del otro.

Sin cultura no hay nada y no importa la brillantez, la sofisticación y el tiempo invertido en nuestras estrategias, tácticas y métodos si se carece de ella, o si está desvirtuada. De ser así, todo fracasará tempranamente. Cabe mencionar, que según la opinión de instituciones con un departamento de calidad sólido, el proceso de crear una cultura de calidad, requiere un promedio de 10 años[14].

El motor de la calidad es un liderazgo efectivo. Se requiere un líder capaz, convencido, comprometido y que predique con el ejemplo todo el tiempo. Este debe de transmitir exitosamente la magnitud de la importancia de su gestión de calidad y de ilustrar al personal a través de un comité de calidad y seguridad del paciente y grupos de mejora, que no se trata de trabajar más, sino mejor[15]. De forma más eficaz y eficiente; en forma más sistematizada e inteligente y entendiendo que cada acción o proceso encaminado a mejorar la calidad tiene un por qué, un cómo, un cuándo, un quien, un dónde y un por qué. Un buen líder de gestión, permitirá que los servicios sanitarios y unidades quirúrgicas planifiquen, controlen y mejoren sus actividades asistenciales, facultando a los profesionales para que sus procesos clínicos sean cada vez mejores[16].

Se trata básicamente de incidir sobre la toma de decisiones en relación a las políticas de la unidad médica y el personal de ésta para atender puntualmente y con calidad, cada etapa de la experiencia de un paciente quirúrgico en un hospital: ingreso, evaluación inicial, metas internacionales de seguridad, comunicación con el paciente y entre el personal sanitario, manejo de medicamentos, estudios de laboratorio/gabinete, consentimiento informado, vigilancia postoperatoria, traslados entre áreas hospitalarias, lista de chequeo perioperatoria, ejecución del procedimiento correcto en el sitio correcto y paciente correcto; notas quirúrgicas, manejo de especímenes quirúrgicos y estudios histopatológicos, alimentación, control del dolor y el egreso entre otros, para

finalmente poder brindar al paciente una atención oportuna, un diagnóstico adecuado y el procedimiento quirúrgico más apropiado (con el mayor índice de éxito y el menor de riesgo posible) con base en el conocimiento médico actual y reintegrarlo a la familia, al trabajo y a la sociedad siempre en un marco de trato digno.

Existen varios sistemas que pueden orientar sobre la implantación de gestiones de calidad y la gran mayoría son de origen industrial. El más conocido en general puede ser el ISO (*International Organization for Standarization*) cuyo objetivo es establecer condiciones para garantizar y homologar la calidad. Éste ha tratado de adecuarse al entorno médico pero sin que todavía haya logrado el éxito deseado, ya que como enfatiza el Dr. Saturno: "el sistema ISO permite saber que la calidad es posible, pero no la garantiza; su enfoque está dirigido principalmente a los aspectos formales y estructurales del sistema de gestión de calidad, no a la calidad de los servicios en sí"[7,17].

Existen otras muchas herramientas metodológicas de gestiones de calidad como las del NQF (*National Quality Forum*), el IHI (*Institute of Healthcare Improvement*), la AHRQ (*Agency for Healthcare research and Quality*) todas ellas norteamericanas o la europea EFQM (*European Foundation for Quality Management*). Las más conocidas en nuestro medio, son el sistema norteamericano de certificación de hospitales de la *Joint Commission* o la Certificación de nuestro Sistema Nacional de Salud, a través del Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.

¿Cómo se mide, mantiene y mejora la calidad?

El acelerado progreso de la tecnología y el conocimiento alrededor de la cirugía, llámese endoscópica, oncológica, robótica, de trasplantes, etc., ejerce gran presión sobre los cirujanos generales, forzándolos de forma súbita a adecuarse e incluso transformarse conforme a los cambios de arquetipos vía el aprendizaje de nuevos conocimientos, conceptos y procedimientos, así como el desarrollo de nuevas habilidades en periodos de tiempo muy breves. Además, la economía, la sobrecarga de trabajo, las crecientes quejas y demandas, y las transiciones demográfica y epidemiológica, magnifican dicha presión.

Por todo esto, es importante contar con capacitación médica continua, procedimientos médicos y organizacionales eficientes y oportunos que ayuden a evitar errores médicos que pueden ser devastadores para el paciente, para el equipo quirúrgico y para la institución misma (tercera causa de muertes en E.U.A.) y lograr así nuestra meta final: otorgar una atención con calidad y seguridad a los pacientes[18,19].

Avedis Donabedian desarrolló una propuesta conceptual para monitorizar y medir la calidad sanitaria basada en tres elementos básicos: la estructura, el proceso y los resultados:

- La estructura es la propia organización y sus recursos físicos, materiales, humanos y su organización.
- El proceso se refiere al conjunto de acciones que se realizan, por y para la atención del paciente y la respuesta de éste a ellas.
- Los resultados son los logros conseguidos en materia de satisfacción de las necesidades de salud, incluyendo la disminución de la morbilidad y mortalidad, la mejoría de la calidad de vida, la reducción de los costos, los conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción con la atención recibida[20].

Consideramos, al igual que otros autores[3], que aunado a lo anterior, la evaluación del desempeño de todo el personal de una

unidad médica es primordial, si se pretende otorgar un servicio de buena calidad.

Con la información en cada uno de estos rubros, se pueden identificar las fortalezas y debilidades de un servicio de salud, así como las oportunidades y amenazas de sus procesos clínicos y su entorno, para después planear estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención. Es decir, cirujanos e instituciones necesitan conocer en conjunto, su propia realidad mediante un diagnóstico situacional, para posteriormente detectar sus áreas de oportunidad y focos rojos; analizarlos y definir prioridades. Después, habrán de planificarse y establecerse rutas de avance y barreras de seguridad, cuyos resultados tendrán que medirse y evaluarse para poder establecer estrategias de mejora, siempre en beneficio de los enfermos.

Existe una máxima que dice: "no es posible mejorar lo que no es controlado, no es posible controlar lo que no es medido y no es posible medir lo que no está definido"[11], no obstante es complicado medir la calidad de la atención quirúrgica, ya que no está claro cómo alcanzar el objetivo. Usualmente se recurre a indicadores como mortalidad, morbilidad, estancia hospitalaria, reingresos y satisfacción del paciente, pero no miden calidad de manera perfecta[21].

Cada indicador de estructura, proceso y resultados quirúrgicos, tiene sus fortalezas y sus limitaciones. La selección de cada uno de ellos deberá depender del tipo de cirugía y de la aplicación de políticas específicas. Es importante conocer qué tan frecuentemente se realiza determinada operación y qué tan comúnmente se obtienen resultados quirúrgicos inadecuados. Como ejemplo, para Cirugía General, Schilling y colaboradores[22] encontraron que tan solo un grupo relativamente pequeño de procedimientos, son la causa de un porcentaje desproporcionado de morbimortalidad y exceso de estancia hospitalaria.

A decir de Dimick[23], para cirugías comunes y de alto riesgo (colectomía, *bypass* gástrico), los indicadores de resultados son confiables. Para los procedimientos comunes y de bajo riesgo (plastía inguinal), los indicadores del proceso de atención o de resultados funcionales son la mejor opción. Para las intervenciones de alto riesgo pero esporádicas (resección pancreática o esofágica), los indicadores de estructura como el volumen de pacientes con una patología específica que atiende el hospital, son posiblemente los más adecuados. Finalmente, los procedimientos infrecuentes y de bajo riesgo (hernia de Spiegel), son de baja prioridad[23,24].

Conforme pasa el tiempo, se han tratado de crear métodos más precisos para la medición de la calidad en cirugía como el Programa Nacional para la Mejora de la Calidad Quirúrgica (NSQIP) del *American College of Surgeons*. Este es un modelo matemático desarrollado para determinar el riesgo de morbimortalidad en los resultados de pacientes quirúrgicos hasta 30 días después de su cirugía, independientemente de si se internó, si fue egresado a casa o a otra unidad médica o si fue readmitido en otra institución[25-27].

Estrategias coadyuvantes

Aunados a una gestión de calidad comprometida y ordenada, se señalan a continuación algunos aspectos que pueden contribuir a favorecer el avance en la búsqueda de la calidad en cirugía.

- Regionalización de casos. Esto implica la referencia selectiva de pacientes a centros de excelencia, ya que no hay duda que se tienen menores índices de morbimortalidad cuando los procedimientos quirúrgicos complejos son realizados en hospitales

de concentración y en centros académicos. Esto desde luego, es resultado en gran parte, de la experiencia adquirida por los cirujanos con altos volúmenes de pacientes. Y aunque sabemos que la práctica hace al maestro hay que ser cautelosos, porque un alto volumen no implica garantía de calidad[28].

- Medicina basada en evidencia. Aunque sabemos que tiene limitantes[29,30], su aplicación es una de las formas de buscar un manejo perioperatorio multidisciplinario que reduzca la incidencia de complicaciones quirúrgicas y en consecuencia, sea de mayor calidad[31,32]. Esto generalmente se realiza a través del uso de las Guías de Práctica Clínica, que ante la disyuntiva de ser menos consultadas de lo previsto, hoy organismos como el ACS, se han dado a la tarea de hacerlas más compactas, "amigables" y fáciles de portar, como en teléfonos celulares y tabletas[33].
- Actualmente algunas áreas blanco en el mejoramiento de la calidad en cirugía, se han enfocado hacia el uso apropiado de antibióticos para reducir las infecciones quirúrgicas, el uso perioperatorio de beta-bloqueadores para disminuir riesgo de problemas cardiacos, la profilaxis para trombosis venosa profunda, el control óptimo de temperatura y glicemia y los cuidados para disminuir las neumonías postoperatorias[26].
- Análisis comparativo (*benchmarking*). Es de suma importancia construir puentes hacia y desde otras unidades e instituciones médicas pares, con el fin de comparar resultados para tener una visión más amplia y objetiva de nuestra situación, compartir experiencias, aprender de aquellos con mejores frutos y facilitar nuestra gestión de calidad[34]. Del mismo modo, la publicación y difusión de historias exitosas de "como lo hacemos nosotros" o "mejores prácticas" relacionadas a estrategias de calidad, son de vital importancia para contribuir a mejorar en forma continua y acortar las curvas de aprendizaje a nivel global.
- Estandarización de procesos. En contraste con un mal manejo del paciente, que generalmente es resultado de un criterio, indicación o decisión inadecuados, la negligencia se debe comúnmente la omisión de algún paso conocido y aceptado o a la realización de un paso diferente a lo indicado. Esto puede prevenirse mediante la estandarización de procedimientos quirúrgicos que guían paso a paso determinada cirugía desde los estudios preoperatorios, el acto quirúrgico mismo, los tiempos para solicitar laboratorios de control, retiro de drenajes y tiempo de estancia hospitalaria hasta el egreso[35].

Por otro lado, será importante siempre tener en cuenta que en cirugía existe una gran cantidad de variables que nos obligan a tener en mente que cada paciente es un caso diferente.

Hay ejemplos bien conocidos de estandarización como la lista de Chequeo Quirúrgico de la Organización Mundial de la Salud (WHO) que se enfoca en tres etapas críticas del perioperatorio:

- El periodo previo a la inducción anestésica.- Confirmación de la identificación del paciente, del procedimiento a realizar y del sitio quirúrgico, recordatorio sobre alergias y evaluación de los riesgos de sangrado, verificación del funcionamiento adecuado del equipo de anestesia y riesgos de la vía aérea.
- El que antecede a la incisión operatoria.- Ratificación de la identidad del paciente, el tipo de procedimiento y su sitio preciso,

verificación de profilaxis antibiótica, la presentación del personal del equipo quirúrgico y el anuncio de posibles eventos críticos.

- El anterior a la salida del paciente de la sala de operaciones.- Cuenta completa de material e instrumental quirúrgico, adecuado manejo y etiquetado de especímenes quirúrgicos.

El Sistema de Seguridad del Paciente Quirúrgico SURPASS (Holanda) es similar, pero agrega datos en relación a la comunicación de indicaciones postoperatorias entre el personal de salud y el claro entendimiento del paciente a sus indicaciones de egreso hospitalario[26].

- Sesiones de morbimortalidad. En algunas instituciones el nombre de estas sesiones se ha modificado al de "conferencia para el mejoramiento de la calidad", donde la verdadera meta es aprender de los errores sistematizando el aprendizaje e implantando acciones para evitar su repetición. Se trata de analizar la información y compararla con datos basados en evidencia y enfocados a mejorar la seguridad del paciente detectando cuasi-fallas y errores en cada paso del cuidado perioperatorio.

Hay que entender que no se trata de hacer "leña del árbol caído" ni satanizar el tratamiento y los resultados como suele suceder[17,36].

- Evaluación del desempeño. Consiste en una valoración confiable de la manera en que el personal realiza su trabajo. Existen diversas formas de realizarla y ésta, generalmente varía según la institución de salud.

Las evaluaciones que tal vez las que nos brindan una información más fidedigna son aquellas de 360°; es decir, en la que la persona es evaluada por superiores, por sus pares y por sus subordinados.

La Secretaría de Salud cuenta con una Cédula de Evaluación del Desempeño para el Personal Médico[37], que califica aspectos como calidad y atención médica, capacitación y educación médica continua, productividad y aptitudes, que puede ser usada como ejemplo y adaptarse a las necesidades de las áreas quirúrgicas.

Históricamente, las habilidades y destrezas quirúrgicas han sido evaluadas en sala de operaciones, vía observación de mentores, pero existe mucha presión para que sean medidas de manera más formal. Esto no se ha establecido claramente, probablemente por la falta de una metodología objetiva y de una infraestructura adecuada para su implementación, así como por los altos costos que se asociarían a un análisis individual del desempeño[26].

- Certificación hospitalaria. Mientras los humanos sigamos siendo humanos seguiremos siendo falibles; nosotros creamos los sistemas y por tanto éstos pueden disfuncionar. Por consecuencia lógica y por la gran complejidad que implica la atención a la salud y el funcionamiento de las instituciones que la procuran, sabemos que no existen ni existirán, los hospitales perfectos. De cualquier forma, el contar con una cultura y una gestión de calidad aplicadas en el manejo de los pacientes quirúrgicos, permiten detectar áreas de oportunidad y generar las transformaciones necesarias que eventualmente se traduzcan en una mayor seguridad en su atención[19,38].

- Sistema de notificación de incidentes de seguridad. El objetivo principal de un sistema de registro de cuasi-fallas, eventos adversos y centinela, es aprender de la experiencia. El fruto de este mecanismo se obtiene al realizar un análisis de la causa-raíz de los problemas identificados, retroalimentar al personal involucrado y rediseñar procesos para evitar las recurrencias que pueden traer consecuencias desastrosas para el paciente y su familia, para el personal sanitario y para la institución médica misma[39,40].

Idealmente, el sistema debe ser voluntario, confidencial y no punitivo para evitar subregistros; debe ser también congruente con organismos que procuran la calidad de la atención como la OMS y su Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), la *Joint Commission* o el Consejo de Salubridad General.

En México, el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS) creado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es el mejor ejemplo de un sistema con amplia experiencia[41].

- Reconocimientos e incentivos. La satisfacción laboral del personal quirúrgico y sanitario en general, es un indicador que fomenta el progreso de una institución de salud y que impacta finalmente, de forma positiva en la actitud de servicio y en la calidad de la atención del paciente. Es de suma importancia fomentar a todos niveles de las unidades médicas el respeto, la confianza y el compromiso entre el personal y entre éste y los enfermos; además del sentido de identidad del trabajador con la institución[42].

Es fundamental para la satisfacción del equipo quirúrgico, proveerlo de los recursos, los medios y el ambiente propicio para realizar su labor de manera desahogada y digna. Consideramos que un ciclo virtuoso en este ámbito se cierra con el reconocimiento de la institución al cirujano o personal médico que cumple con las expectativas del paciente, del servicio, de la unidad, de la cirugía, de la institución y de la medicina misma[43].

El horizonte de la calidad

Para el Dr. Berwick[44], Presidente del *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), nos encontramos en la tercera era del cuidado a la atención médica.

En la primera era, la del idealismo, la medicina se aceptó como una profesión noble con conocimiento especial, basada en el principio de beneficencia y auto-regulada. Así, recibía por parte de la sociedad la autoridad moral para juzgar la calidad de su propio trabajo.

Posteriormente, los investigadores encontraron una inexplicable variabilidad en la práctica médica, daño relacionado a errores en la atención, maltrato y costos elevados que no se traducían en mejores resultados. Estas inconsistencias nos llevaron a la segunda era, la época actual, cimentada en el escrutinio, en la rendición de cuentas, en la medición, los incentivos y los mercados. Como consecuencia, el personal sanitario se siente molesto, incomprendido, excesivamente controlado y presionado. A su vez, los pacientes, los gobiernos y los terceros pagadores tienen sospechas del proceder médico y sienten que se les opone resistencia.

Berwick refiere que es tiempo de la tercera era. La era moral, donde se mida solo lo que sea necesario para aprender, donde la meta en la estrategia de negocio cambie de los ingresos a la calidad, donde la actitud de autosuficiencia y soberbia del médico se acabe, donde se enseñen, aprendan y apliquen la "ciencia de la mejora continua", donde se garantice completamente la transparencia, donde se proteja el civismo, donde se escuche la voz del paciente y donde el lucro excesivo se castigue severamente.

Consideraciones finales

A pesar de esfuerzos grandes y generalizados para mejorar la calidad de la atención médica (algunos de ellos impresionantes), muchos pacientes aún sufren daños prevenibles todos los días en las instituciones que procuran salud. Si nos estremeció la cifra de 44 mil a 98 mil muertes anuales en los E.U.A. por

errores prevenibles en el reporte del IOM "errar es humano"[45], qué se puede esperar de la cifra estimada por James[46] en 2013: ¡De 210 mil a 400 mil! Simplemente inadmisible.

El Dr. Zeidel[47] de la Universidad de Harvard menciona: "el cuidado a la salud en el mundo entero es caro, poco confiable y hasta peligroso. Lo más trágico es que nuestras capacidades técnicas nunca han estado mejor, pero fallamos recurrentemente en usarlas para beneficiar a nuestros pacientes".

Se estima que en los E.U.A., se siguen realizando hasta 50 cirugías en pacientes equivocados o en regiones corporales erróneas por semana. Así mismo, se suscitan alrededor de 600 incendios al año en sus quirófanos lesionando con frecuencia, seriamente a los pacientes.

Sin duda, las pérdidas humanas representan la tragedia más grande de una mala calidad en la atención a la salud, pero además, como menciona Pedro Saturno[48], "los costos de la mala calidad son inmensos". El informe de la OMS (2010) sobre la financiación de los sistemas de salud reporta que se desperdicia entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud en cualquier país.

Hay demasiados problemas que requieren ser atendidos y por ende, los hospitales tienen muchas dificultades para mantener el ritmo de sus mejoras. No hay ningún sistema de salud que logre sostener la excelencia en todas sus áreas[49], pues no se conoce la panacea en sistemas de gestión de calidad. Mejorar la forma para medir la calidad, requerirá del progreso en muchas otras áreas[24].

Ahora, cuando nosotros o nuestros seres queridos requerimos una intervención quirúrgica, desearíamos la realizara el cirujano más hábil, eficaz, eficiente, ético, empático y con el menor índice de complicaciones. ¿Dónde? En un hospital certificado que cuente con una cultura de calidad sólida, que trate dignamente a sus pacientes, que tenga el menor índice de eventos adversos y el mayor grado de satisfacción.

Es por esto que debemos aspirar y trabajar para obtener la "calidad óptima": aquella que acorde a las condiciones vigentes, es factible alcanzar en cada hospital. Los esfuerzos deben ser permanentes, sistematizados y realizados por todo el personal de la institución médica.

Debemos mejorar todos, todos los días; hay que hacer las cosas bien en la primera oportunidad.

Aristóteles decía que "el hombre adquiere una cualidad en particular actuando de una forma particular... Realicemos entonces acciones médicas y quirúrgicas de calidad para volvernos médicos y cirujanos de calidad.

Quisiéramos concluir con una frase del Dr. Richard Satava, cirujano general que mencionó ya hace algunos años:

"La nueva generación de héroes en el cuidado de la salud, incluirá no sólo a aquellos que descubren nuevas moléculas y procedimientos técnicos, sino también a los líderes en el avance en la calidad y seguridad del paciente."

Referencias

1. *Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española*. Vigésimotercera edición (2014). Disponible en http://www.rae.es/ Acceso: 1º abril, 2016.
2. Aguirre-Gas HG (1). *Conceptos básicos. En: Aguirre-Das HG. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*. Capítulo III, página 55. Tercera edición, 2002. Noriega editores, México, D.F.
3. Clavien PA. *Targeting Quality in Surgery*. *Annals of Surgery* 2013;258,(5):659-668.
4. González-Medécigo LE, Gallardo-Díaz EG. *Calidad de la atención médica: la diferencia entre la Vida o la Muerte*. Revista Digital Universitaria 2012;13(8):1-15.
5. Smith CM. *Origin and Uses of Primum Non Nocere Above All, Do No Harm! The Journal of Clinical Pharmacology* 2005,45(4):371-7.
6. McCafferty MH, Polk HC Jr. *Patient Safety and Quality in Surgery*. Surg Clin N Am 87 (2007) 867–881.
7. Neri-Vela RH y Aguirre-Gas HG. *Calidad de la atención médica. En: "La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia"*. Capítulo 2. Secretaría de Salud. 2012. Primera edición, México, D.f.
8. Frenk J. *In Memoriam. Avedis Donabedian, M.D.*, M.P.H.1919-2000. *Salud Pública de México* 2000;42(6):556-557.
9. Hernández-Torres F. *Introducción. En: la calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud. 2012, primera edición. México.
10. Aguirre-Gas H, Quiñonez Valenzuela A, Chávez-Mayol L, et al. *Antecedentes. En: Aguirre-Gas HG. Calidad de la Atención Médica. Bases para su Evaluación y Mejoramiento Continuo*. Capítulo II, págs. 45-54. 2002, tercera edición. Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Noriega Editores, México.
11. Ruelas-Barajas E. *Calidad de los servicios de salud: una estrategia de gran escala. En: "La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia"*. Capítulo 1. Secretaría de Salud. 2012. Primera edición, México, D.f.
12. Ruelas E(2). *Health Care Quality Improvement in Mexico: Challenges, Opportunities and Progress*. BUMC Proceedings 2002;15:319-322.
13. Ramírez-Barba EJ, Arenas-Moya D, Vázquez-Guerrero A. *Control de calidad en cirugía gastrointestinal*. Cir Ciruj 2011;79:570-576.
14. Kabcenell A. *(IHI) Creating a Culture of Excellence. It's Not as Difficult as You Might Think*. 68-71.
15. Hayes CW,Batalden PB, Goldmann D. *A 'Work Smarter, Not Harder' Approach to Improving Healthcare Quality*. BMJ Qual Saf 2014;0:1–3. doi:10.1136/bmjqs-2014-003673.
16. *Gestión de la Calidad de un Servicio de Cirugía General*. Cir Esp. 2000;67:372-80.
17. Vázquez-Frias JA. *El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto?* An Méd (Méx) 2011;56(1):49-57.
18. Gutiérrez-Vega R, Amancio-Chassín O, Novoa-Boldo A, et. al. *Estudio cualitativo de factores que afectan la calidad en cirugía general*. Revista Médica del Hospital General de México. 2010;73(2):102-108.
19. Makary M, Daniel M. *Medical Error—The Third Leading Cause of Death in the US*. BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139.

20. Rico-Menéndez J. *Evolución del concepto de calidad*. Rev Esp Trasp 10(3):170-175.
21. Beuran M, Negoi I Paun S.et al. *Quality Management in General Surgery: A Review of the Literature*. *Journal of Acute Disease* 2014;253-257. doi: 10.1016/S2221-6189(14)60057-3.
22. Schilling PL, Dimick JB, Birkmeyer JD. *Prioritizing Quality Improvement in General Surgery.* J Am Coll Surg 2008; 07:698–704.
23. Dimick JB. *Defining Quality in Surgery*. En: Tichansky DS, Morton J, Jones DB. (Eds.) *The SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety*, Capítulo 1, págs: 3-13. 2012. Primera edición, editorial Springer (E.U.A).
24. Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer N. *Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?* J Am Coll Surg 2004;198(4):629-632.
25. Hall BL, Hamilton BH, Richards K, et al. *Does Surgical Quality Improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: An Evaluation of All Participating Hospitals*. Ann Surg 2009;250(3):363–76.
26. Cevasco M, Stanley WA. *Quality Measurement and Improvement in General Surgery*. *The Permanente Journal* 2011;15(4);48-53.
27. Ingraham AM, Richards KE, Hall BL, et al. *Quality Improvement in Surgery: the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program Approach*. *Advances in Surgery* 2010;44:251-267.
28. Itani KM. *Fifteen years of the National Surgical Quality Improvement Program in Review*. Am J Surg 2009 (5 Suppl);198:S9–S18.
29. Vojvodic-Hernandez I. *Amenazas, debilidades y limitaciones de la cirugía basada en la evidencia*. Acta Médica Peruana 2007;24(2):126-131.
30. Patiño JF. *¿Existe la cirugía basada en la evidencia?** Rev Colomb Cir. 2014;29:262-268. - See more at: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc294/cirugia-basada-evidencia/#sthash.27UK4G91.dpuf
31. Durán Vega HC. *Cirugía basada en la evidencia. Una herramienta necesaria*. Cirugía y Cirujanos 2015;83(3):265-270.
32. Soler-Morejón C, Lombardo-Vaillant TA. *Cirugía basada en evidencias: una necesidad impostergable.* Revista Cubana de Medicina Militar 2010;39(1)1-4.
33. *Evidence-Based Decisions in Surgery. American College of Surgeons*. Disponible en http://ebds.facs.org.
34. Ettorchi-Tardy A, Levif A, Michel P. *Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health*. Healthcare Policy, 7(4) May 2012: e101-e119.doi:10.12927/hcpol.2012.22872.
35. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients*. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370–376.
36. McCafferty HM, Polk HC Jr. *Addition of "Near Miss" Cases Enhances a Quality Improvement Conference*. Arch Surg 2004;139: 216-217.
37. *Cédula de Evaluación del Desempeño para Personal Médico y de Odontología*. Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. http://dgces.salud.gob.mx/incentivos/doctos/2016/PECD10.pdf

38. *Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad. Estándares para Certificar Hospitales 2015*. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General. Segunda edición, México D.F.
39. *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization*. 2005. WHO Document Production Services, Genova, Suiza.
40. Flink E, Chevalier CN, Ruperto A, et al. *Lessons Learned from the Evolution of Mandatory Adverse Event Reporting Systems*. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editores. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Volume 3: Implementation Issues). *Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality* (US); 2005;136-151.- Berwick D. Era 3 for Medicine and Health Care. JAMA 2016;315(13):1329-1330.
41. Rodríguez-Suárez J. *Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS)*. En: "La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia". Secretaría de Salud. 2012. Capítulo 12. Primera edición, México, D.f.
42. García-Ramos M, Luján-López ME, Martínez-Corona MA. *Satisfacción laboral del personal de salud*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (2): 63-72.
43. Aguirre-Gas HG. *Evaluación de la calidad de la atención médica. expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública Méx 1990; Vol. 32(2):170-180.
44. Berwick DM. *Era 3 for Medicine and Health Care*. JAMA 2016;315(13):1329-1330.
45. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. *Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press*; 1999. ISBN: 9780309068376.
46. James JT. *A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*. J Patient Saf 2013;3,122-128.
47. Zeidel ML. *Systematic Quality Improvement in Medicine: Everyone Can Do It*. Rambam Maimonides Medical Journal 2011;2(3):e0055. doi:10.5041/RMMJ.10055
48. Saturno PJ. *Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad*. En: "La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia". Secretaría de Salud. Primera edición, 2012. México, D.f.
49. Chassin MR, Loeb JM. *High-Reliability Health Care: Getting There from Here*. *The Joint Commission. The Milbank Quarterly*;91(3) 2013:459-490.

CAPÍTULO
24

EL CIRUJANO GENERAL Y LA CIRUGÍA INNECESARIA

Dr. Miguel Foncerrada Montaño

Introducción

La cirugía, siendo una actividad de la profesión médica, una invasión y agresión cruenta en el paciente, con el objetivo de beneficiar, curar, remediar mejorar o paliar enfermedades, con la convicción absoluta de que es la mejor y única opción terapéutica para cada caso en particular.

Ha sido conocido a través de la historia de la medicina y de la cirugía que siempre ha existido la preocupación de que se lleguen a realizar cirugías no necesarias y se acepta que eso ha sucedido en todas las épocas.

Antecedentes.- Es preocupante que se tenga información cada vez más frecuente, en publicaciones nacionales e internacionales y en artículos, y abarcando a todas las especialidades, en editoriales y en artículos, una elevación alarmante de cirugías innecesarias.[1]

La causa de esto se pudiera deber a múltiples causas y circunstancias entre las que se menciona a la tecnología, a la medicina defensiva y desgraciadamente también a beneficios económicos injustificados.

La realización de cirugía innecesaria abarca de un 10 a 20% del total de todas las operaciones realizadas.[2]

Aunque este problema no es nuevo, ha sido estudiado únicamente en épocas recientes, sobre todo en Estados Unidos de Norte América, donde se determinó que las especialidades quirúrgicas con más problema fueron cirugía cardiovascular por la colocación innecesaria de marcapasos, stents y angioplastías. También se encontró un porcentaje alto de procedimientos no justificados de cirugía de columna vertebral, de colocación de prótesis de rodilla y de cesáreas.

Desde el año 2005, muchos cirujanos norteamericanos, se han visto involucrados en demandas judiciales en su contra por haber realizado cirugías innecesarias. Tuvieron que desembolsar fuertes sumas de dinero para lograr un acuerdo con los pacientes, para dar fin a la demanda. En 2011, se determinó que el 10% de todas las cirugías de columna vertebral, pagadas por el sistema de Medicare, no fueron necesarias. La revista JAMA revisó los expedientes de 112 mil pacientes que tenían un marcapaso implantado, encontrando una falta de indicación para su implante en el 22.5% de ellos. Ese mismo año la revista Internacional de Neurología revisó 274 casos de enfermos con dolor crónico de la espalda y determinó que el 17% de los operados fueron sin una adecuada justificación.

La Universidad de Harvard describe tres categorías que clasifican la cirugía innecesaria: la inmoral, la incompetente y la indiferente. A pesar de ello, consideran que el problema es de difícil abordaje y de difícil solución.

Esto replantea la manera como debe ser la relación médico-paciente y sugiere que innecesarios solicitarla como parte de un protocolo previo a un evento quirúrgico.

Definición y concepto

Cuando se habla de cirugía innecesaria se piensa de manera inmediata en una actitud irracional en el desempeño de la profesión del cirujano, pues el resultado puede ser una mutilación o un daño irreversible sin justificación alguna. Por lo tanto, es conveniente considerar dos factores fundamentales: el que representa acciones profesionales con fallas en grado variable y las fallas con un componente ético, también en grado variable. Una sola definición del problema podía ser sencilla si se considera un solo factor interpretativo para calificarlo. Pero en la realidad no es así de simple, porque intervienen muchos factores y circunstancias de muy diversa índole que su consideración es indispensable para determinar si el acto quirúrgico fue verdaderamente innecesario.

Además, la preocupación actual, que demandan los códigos de ética es la de evitar dentro de lo posible la realización de estudios que mal orienten al cirujano a realizar procedimientos inútiles.[3]

Vale la pena considerar las siguientes situaciones: innecesario no siempre significa no benéfico. Tampoco implica una mala acción al cien por ciento. No tiene que significar una intención fuera del rango que establece la ética médica. Y rara vez se hace con fines dolosos. Puede llamarse innecesaria para unos cirujanos, más no para diversas y diferentes comunidades, sociedades o culturas a las del juzgador.

También es importante diferenciar de innecesario, de insuficiencia en el actuar, en el no actuar, o en el exceso de la actuación.[4]

Ética y cirugía

La ética también está presente en el quirófano, al igual que lo está siempre en cualquier acto médico de cualquiera de sus ramas, por lo que la conducta del cirujano igualmente debe estar así guiada en cualquier momento y en cualquier situación que el cirujano enfrente, incluso anteponiéndola a sus intereses personales, familiares o económicos.

Si se presentan complicaciones o tragedias durante actos quirúrgicos de enfermos correctamente estudiados y diagnosticados, informados de los riesgos y de las posibles adversidades, si lo han entendido y lo han consentido porque no hay alternativa de alivio más que con cirugía, el cirujano lo lamentará pero el paciente y sus familiares lo entenderán y lo aceptarán. Pero si algo de lo anterior faltó o si la indicación quirúrgica, por alguna razón, no cumplía con los cánones aceptados de una buena práctica médico-quirúrgica, entonces el cirujano tendrá, tarde o temprano que afrontar las consecuencias morales, éticas civiles y hasta penales que se deriven de una cirugía mal hecha por haber sido innecesaria.

Desgraciadamente, en cualquier parte del mundo, continúan realizándose actos quirúrgicos inútiles basados en múltiples circunstancias como en intenciones perversas por el afán de obtener un lucro desmedido; por apuros económicos personales del cirujano; por ignorancia; por mal estudio preoperatorio que guió a un diagnóstico y a un tratamiento equivocados, derivados del ejercicio de la nombrada medicina defensiva; por impericia; por negligencia; por tratar que usar apresuradamente técnicas e implementos quirúrgicos nuevos, caros y a veces poco útiles y sí riesgo-

sos; por acelerar su ascenso en la llamada curva de aprendizaje de la nueva tecnología; o por enfermedades físicas y mentales que despersonalizan al cirujano. Pero también por las variadas circunstancias un tanto ajenas al propio cirujano como las deficiencias de los sistemas de salud o por presión e información infundada por parte del enfermo o de sus familiares que el cirujano no aclara y ofrece falsas promesas y falsos resultados. Este último punto, indica que hay factores sociales, económicos, culturales, religiosos que obligan al cirujano a practicar actos quirúrgicos innecesarios, por ejemplo: circuncisiones, cesáreas, apendicetomías, histerectomías, instalación de marcapasos cardiacos, amigdalotomías y gran parte de la cirugía estética, entre otras muchas. Todas las anteriores son bien aceptadas por sectores de ciudadanos con ciertas características en particular, pero que otros sectores no las consideran necesarias para el bienestar físico y mental de sus integrantes.[5]

Los terceros pagadores

La cirugía ha dejado de ser una de las llamadas "profesiónes libres". En el siglo pasado aparecieron comerciantes que se apoderaron del aspecto económico de la práctica médica, sin que el profesionista médico los combatiera. Crearon sistemas de salud por medio de seguros de gastos médicos con pagos indecorosos, acomodados para obtener las mayores ganancias posibles. Lograron crecer y apoderarse casi totalmente de los enfermos que no cuentan con el otro sistema sanitario gubernamental que cuida la salud de los trabajadores y de sus familiares de nuestro país, pero a expensas del trabajo del médico retribuyéndolo como un trabajador asalariado de mínimo costo. Estos tipos de modelos de atención médica crearon profundos cambios en la vida de los profesionistas médicos, en la calidad de la atención ofrecida, al transformar, empobreciéndola al máximo, la relación entre el médico y el paciente. Se deterioraron la calidez del trato médico y el paciente le perdió la confianza a quien trata de aliviarlo. Ya que entre ellos se impusieron múltiples condiciones que favorecieron esa ruptura. El cirujano ha aceptado los "tabuladores" y el paciente la atención despersonalizada, tanto del cirujano hacia el enfermo como la del paciente hacia el médico.

Acciones para combatir el impacto de la cirugía innecesaria.- Desde hace varios años las grandes instituciones de salud se han preocupado por la calidad de la cirugía realizada en ellas, aplicando múltiples indicadores que permitan reconocer lo que se está haciendo bien y lo que hay que mejorar en forma inmediata y a más largo plazo, sin embargo, el problema persiste sobre todo en la llamada cirugía privada, en la cual no existe vigilancia directa sobre la opinión del cirujano, que puede ser reprobable al proponer alguna intervención no necesaria, ni sobre los objetivos del paciente que erróneamente toma el riesgo de algo que no necesita porque en esos momentos el gasto económico se lo cubrirá un tercero; situación favorable que en un futuro tal vez ya no tenga.

En todo hospital bien organizado, deben de existir diversos comités que evalúan a la calidad quirúrgica brindada y que ejercen acciones aclaratorias cuando se dan cuenta de desviaciones, como por ejemplo el envío al departamento de patología de apéndices, amígdalas o de vesículas extirpadas y sin datos de enfermedad alguna. Lo mismo que en otros, por ejemplo, el de morbilidad y mortalidad el de infecciones o en el que juzga la estancia hospitalaria dan datos con resultados fuera del rango esperado. Toda esa información es deseable sea conocida por todos los médicos que allí laboren para en conjunto y como meta común sea mejorada y certificada por las auto-

ridades civiles y gubernamentales correspondientes.

Actualmente los recursos médicos tanto teóricos como tecnológicos son innumerables, la cantidad de personal que atiende a un paciente, cada día se incrementa, nuevos sistemas de atención son requeridos como un muy bien coordinado trabajo en equipo dirigido por un profesionista muy capaz y con grandes dotes de empatía para mantener el orden deseado siempre orientado a obtener buenos resultados con el mejor valor de calidad.

La cirugía actual se practica empleando una larga cadena de suministros, en la que todos formamos parte de una serie de eslabones que al unirse a otros se logra completar un solo objetivo, centrado en obtener la satisfacción total del paciente, de sus familiares, y de todas las autoridades. Incluida debe estar la idea que una desviación puede afectar la reputación personal y corporativa de una institución de salud. No se debe aislar ni dejar de aceptar que la supervisión laboral es necesaria y en determinados casos empleada rápidamente para corregir lo no correcto, la cirugía, más que cualquier profesión, así lo demanda. El insistir en la implementación de la cultura de la calidad con honestidad, debe ser prioritaria en todos los sistemas de salud. Todos los códigos, juramentos, reglamentos y recomendaciones para el correcto ejercicio de la medicina en su totalidad, seguirán estando vigentes sin importar su antigüedad.

Conclusiones

Cada intervención quirúrgica debe ser recomendada y realizada, después de haber honestamente llegado a un diagnóstico, buscando la mejoría o al menos la paliación de la enfermedad; empleando toda la profesionalidad requerida para lograr los resultados ofrecidos y esperados.

Se debe de combatir constantemente a quien no cumpla con todos los preceptos éticos, morales y científicos de la verdadera práctica de la medicina y de la cirugía que la sociedad espera y demanda. Se cuenta con los recursos necesarios para ello.

La responsabilidad del cirujano responsable implica trabajar bajo el cumplimiento total de la "*Lex Artis*", de la ética general y en particular de la médica. El valor y el bienestar de cada vida humana así lo reclaman.

Referencias

1. Gutiérrez-Vega R, Fajardo-Dolci G. *Cirugía innecesaria, un fenómeno que atenta contra los principios éticos y científicos de la medicina. Un caso de histerectomía abdominal*. Rev Med Hosp Gral. 2009; 72: 96-100.
2. Guarner V. *Operaciones innecesarias en el ejercicio de la cirugía. Utopía de nuestro tiempo con serias implicancias en ética médica*. Gac Med Mex 2000; 136:183-8.
3. Pérez Tamayo R. *Porque un código de ética médica*. Gaceta Facultad de Medicina UNAM, 2003:6-10.
4. Toralbi RF. *Filosofía de la medicina*. Ed. Mafre Medicina. Barcelona España, 2001:116-30.
5. Catallo Y P. Ética y Cirugía. Rev Chilena de Cir. 2003; 55:1-4.

CAPÍTULO
25

EL CIRUJANO GENERAL Y LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

Dr. S. Francisco Campos Campos

La práctica y enseñanza de la cirugía en la historia

La práctica de la medicina y la enseñanza de este arte a lo largo de la historia han evolucionado poco a poco junto con el desarrollo del ser humano. Desde los chamanes hasta los científicos más puristas. En general, como una actividad individual cuyos conocimientos se trasmitieron de boca en boca y a través de la práctica cotidiana. Los médicos se visualizaron casi como deidades con la capacidad de dar o regresar vida o decidir sobre los cuerpos y voluntades de sus semejantes. La práctica de esta ciencia y arte a lo largo del tiempo se desarrolló a través de esfuerzos individuales o bien de grupos organizados pequeños.

La reglamentación de la enseñanza en los hospitales se inició a finales del siglo XIX en Alemania, Australia, Francia e Inglaterra; de ahí pasó a los Estados Unidos de América donde en 1904 se inicia el trabajo formal en el internado y las residencias médicas[1].

En México se ha recorrido también el camino para lograr y formalizar la aplicación de conocimientos teóricos en la realidad de los enfermos. El patrón de enseñanza que predominó hasta fines del siglo XIX, se basó en la formación de los profesionales en el oficio del arte de la medicina.

Desde 1897 se reconoció en el Diario Oficial de la Federación de México, la necesidad que tenían los alumnos de Medicina para concurrir a los hospitales, pero fue el maestro Justo Sierra, en 1901, quien manifestó por primera vez la necesidad de reglamentar la práctica hospitalaria que realizaban los alumnos al finalizar su carrera.

En 1906 se publicó en el Diario Oficial de la Federación de México, el nuevo plan de estudios para la carrera de Medicina, donde se establecía que a partir del quinto año, los alumnos deberían realizar sus prácticas en el hospital, a fin de mejorar la calidad de su preparación, mediante la observación clínica de los enfermos que se les había encomendado.

El término internado, apareció oficialmente en el plan de estudio publicado en el Diario Oficial de la Federación de México, en enero de 1912, en el cual se decretó que los alumnos del sexto año de la carrera de Medicina deberían permanecer dentro del hospital para atender personalmente y bajo su responsabilidad los casos médicos, quirúrgicos y obstétricos señalados por las disposiciones reglamentarias, pero por la inestable situación sociopolítica vivida en el país entre 1910 y 1930, tales lineamientos no se generalizaron y sólo

los alumnos que tenían el deseo de profundizar en alguna rama de la medicina y tenían la oportunidad de ser aceptados como ayudantes de un maestro, podían obtener la práctica necesaria para adquirir las destrezas en el área. La educación en medicina se desarrolló con el sistema de mentores o maestros con quienes los jóvenes médicos convivían y trabajaban hasta que su profesor consideraba que tenían la capacidad técnica y científica para llevar a cabo un desarrollo individual. Este tipo de práctica era completamente heterogénea en su duración, calidad, temática, etc.

En la segunda mitad del siglo XX surgió la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud (CIFRHS). En 1986 esta institución publicó las "Normas Académicas y Administrativas para el Desarrollo del Internado Rotatorio de Pregrado", y el internado se constituyó como una etapa inminentemente práctica, diseñada para que los alumnos, dedicaran el mayor número de horas a realizar actividades que les permitieran adquirir las competencias básicas que pondrán en práctica al egreso de la universidad.

En ese año, los jóvenes médicos tienen la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes en unidades de primer y segundo nivel de atención, bajo la tutoría de los médicos que laboran en esas unidades médicas.

La Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma de Guadalajara, la Universidad de Sonora, la Universidad Autónoma de Baja California, así como todas las instituciones educativas más reconocidas del país, contemplan en su estructura curricular el internado con una duración de 12 meses y con carácter rotatorio. Esto ha transformado la educación médica en México al igual que en el resto del mundo y es ahí en donde los médicos inician sus actividades en forma organizada en la medicina institucional[1].

Como es de suponerse con la organización en la enseñanza y en el ejercicio de la medicina y la cirugía se aceleraron los procesos del conocimiento, la investigación, la enseñanza y el desarrollo en general. Se transformó el ejercicio de la cirugía en donde el joven médico tiene ahora oportunidades muy diferentes.

En la actualidad con un mundo globalizado y con elevada competitividad los médicos que quieren ejercer la cirugía se enfrentan a grandes retos desde su formación hasta en el ejercicio. El tener la oportunidad de ingresar a las escuelas de medicina en México es un reto importante, pero es aún mayor el tener la posibilidad de ingresar a la formación de postgrado. Se requiere tener conocimientos sólidos en medicina general para estar entre el 15-20% de médicos que ingresan a los programas de residencia además de tener una férrea voluntad, carácter y determinación para cursar todo el proceso y no ser depurado. En general para la especialidad de cirugía general se requiere de por lo menos cuatro años de trabajo clínico hospitalario en instituciones pública o privadas reconocidas y cumplir con los lineamientos de las universidades que expiden el título de especialista. Una vez cursado estos cuatro años y acreditado la currícula universitaria deberá aprobar el examen del Consejo Mexicano de Cirugía General para al final obtener la cédula profesional de especialista que emite la Dirección General de Profesiones. Es hasta este momento que el médico especialista en cirugía general puede ejercer la profesión legalmente.

Pero, ¿qué hacer con el conocimiento adquirido? Sería egoísta utilizarlo solo para el beneficio personal. Los médicos debemos regresar a la sociedad y al país mucho o poco de lo que aprendimos, por un compromiso moral y social.

Después de 10 o 12 años de una intensa actividad educativa y asistencial, ¿cómo circunscribir la práctica a solo el desarrollo individual? ¿Cuáles son los beneficios de involucrarse en la práctica profesional institucional?

Resultaría complicado enumerar la gran cantidad de beneficios que un cirujano general puede obtener en la práctica profesional institucional. Lo que a continuación comento no pretende más que expresar algunas ideas y sentimientos para animar al joven cirujano a emprender una carrera profesional institucional.

Beneficios de la práctica institucional.

Consolidación de los conocimientos y adquisición de experiencia.

Con lo complejo de los estándares del ejercicio de la cirugía general en el siglo XXI ¿qué cirujano joven al término de su residencia se siente completamente seguro de su experiencia y conocimiento? Es posible que encontremos algunos, sin embargo, la mayoría se percibe aún inexperto y con la necesidad de estar cerca de su *alma mater* para terminar de consolidar sus conocimientos y experiencia. La cirugía institucional nos permite estar cerca de la educación y el conocimiento universitario y científico. Al interior de la instituciones se aprende día a día con el volumen de pacientes atendidos, con existencia de sesiones y clases, con la convivencia e intercambio de opiniones y conocimientos con colegas de nuestra especialidad y de otros grupos. Sobre todo con la posibilidad de aprender de los propios pacientes quienes suelen ser nobles y generosos al compartir su intimidad en momentos difíciles de sus vidas.

Visualización de líderes y mentores

Con el advenimiento del ejercicio y enseñanza de la cirugía en el mundo no se descartan las bondades que tiene la enseñanza tutelar o de mentores. Más aún algunas escuelas de la cirugía promueven el revivir esta práctica profesional y de enseñanza con la intención de rescatar los beneficios que de ella emanan y que algunos se han perdido con el sistema actual.

La tutoría es una función docente que resulta muy útil para transitar de modelos centrados en la enseñanza, hacia modelos centrados en el aprendizaje. El énfasis está en desarrollar las capacidades, habilidades, valores y actitudes de los estudiantes mediante el contacto con tutores, quienes pueden brindarles experiencias de aprendizaje[2,4].

Resulta conveniente que los cirujanos jóvenes visualicen su futuro profesional, es decir que se imaginen a sí mismos en el cómo les gustaría verse en el futuro en el ejercicio de la cirugía. ¿Se ven como personas exitosas, como maestros de otras generaciones, como directivos, como líderes en el ejercicio de la profesión, como investigadores, etc.? Quizá todas ellas en las diferentes etapas de su desarrollo. Pero ¿cómo visualizar e ir logrando poco a poco las diferentes etapas a lo largo de su vida profesional? Es recomendable verse a través de líderes y mentores sobre lo que quieren para sí mismos y tal vez también por lo que no quieren para ellos. A través de la observación de estos personajes, de tener la posibilidad de conversar largamente y a lo largo del tiempo con ellos, es decir, con la convivencia cotidiana y largo plazo. Las instituciones ofrecen una posibilidad inmejorable para lograr este objetivo.

Trabajo en equipo que optimiza el desarrollo

La seguridad del paciente ha pasado a ser un componente esencial de la asistencia sanitaria de calidad. La complejidad de las intervenciones quirúrgicas requiere cada vez

mayor preparación técnica. El ser humano es falible y la capacitación científica no es sufi-ciente para garantizar el resultado, por ese motivo es necesario además adquirir habilidades no técnicas como el trabajo en equipo. Aproximadamente, la mitad de los errores hospitalarios ocurren en el quirófano o en las salas de reanimación. Gran parte de ellos se deben a problemas de falta de comunicación. Para mejorar el trabajo en equipo son fundamentales la simulación, estandarizar la información, la formación específica y una definición adecuada de las funciones.

Trabajar en equipo implica unos objetivos comunes y unas funciones específicas de cada miembro. El entorno de quirófano es un buen ejemplo. Sin embargo, tradicionalmente no se ha promocionado la formación en este sentido. Es necesaria una actitud positiva hacia los otros miembros del equipo, buena comunicación, liderazgo, comprender y conocer las diferentes funciones, capacidad de ayuda, retroalimentación para aprender y, finalmente, coordinación. En las salas de cirugía muchas acciones se realizan sin necesidad de órdenes expresas, pero ante la aparición de complicaciones es necesario ser más explícito por tratarse de situaciones menos habituales.

¿En que otro lugar mejor que aprender las habilidades del trabajo en equipo que en las grandes instituciones?. El trabajo en solitario hace muy vulnerable la atención médica y el cirujano debe pugnar por el ejercicio de la cirugía segura. El paciente debe ser el centro de nuestra actividad y su seguridad nuestra primera preocupación. El cirujano tiene un papel primordial en los resultados por su capacitación técnica y por las habilidades no técnicas, que incluyen aspectos que debe desarrollar durante su formación como la capacidad de liderazgo y comunicación con el resto del personal de quirófano[5].

Educación continua

La medicina y cirugía en las instituciones es sinónimo de educación médica continua. Desde el aprendizaje directamente con el paciente hasta las mejor organización educativa en medicina. Avalada por universidades de todo el país, corporaciones y asociaciones civiles dedicadas ex profeso a este rubro. Permite a los cirujanos estar siempre al día en los conocimientos más recientes en la materia. En los servicios organizados y con el trabajo en equipo se presentan sesiones y clases con diferentes objetivos. Los médicos acuden constantemente a sesiones de morbilidad y mortalidad en donde se discuten los casos difíciles y se analizan las causas del éxito o el fracaso en la atención de los pacientes; sesiones de revisión de la literatura más reciente a nivel local e internacional, sesiones conjuntas con otros servicios con la unidad de cuidados intensivos, gastroenterología, anatomía patológica, etc. También existen clases de revisión monográfica de temas que a los médicos jóvenes y residentes les permite adquirir el conocimiento y a los cirujanos más expertos recordarlo. El tener la posibilidad de participar y asistir a las sesiones generales del hospital, de corte multidisciplinario proporciona al cirujano de estas latitudes una visión global del ejercicio de la profesión[6].

Oportunidad para trascender en la actividad asistencial, investigación y docencia

El cirujano joven, por la naturaleza de su tiempo y edad tiene sueños e ilusiones para el desarrollo que hacen extensivos a su actividad profesional. Motivados y orientados por sus maestros, tutores o mentores tienen en las instituciones la oportunidad para trascender, de aportar y devolver algo de lo recibido durante su formación. ¿Qué mejor

lugar que las grandes instituciones de salud para ofrecer a estos profesionales la posibilidad de convertirse en líderes de la cirugía general?. Líderes que trasciendan y se transformen y a su vez transformen el ejercicio de la cirugía, líderes que se conviertan con el paso del tiempo en profesores, directivos o jefes de departamento clínico. Líderes en la atención quirúrgica, quizá en personalidades de referencia en determinadas patologías o procedimientos. Líderes que den renombre y prestigio a la institución en la que trabajan. Más aún, estos personajes tienen la oportunidad de convertirse en investigadores que permita mejorar la atención médica y de esta forma ayudar a los pacientes. Estos investigadores a su vez tienen la oportunidad de convertirse en maestros, en los docentes de generaciones siguientes[3,7].

Desarrollo editorial

Una actividad que con frecuencia no es tomada en cuenta por los cirujanos jóvenes es la posibilidad de desarrollarse en el ámbito de la actividad editorial. Probablemente como una actividad paralela a la asistencial las instituciones ofrecen la oportunidad de aprender, desarrollarse y desatacar en este ámbito. De la mano de sus maestros y a través del trabajo multidisciplinario con otros colegas las instituciones proporcionan la oportunidad de desarrollarse en este campo. La actividad editorial permite transmitir el conocimiento y trascender, al inicio quizá mediante comunicación de artículos originales o cartas editoriales, con el tiempo al escribir capítulos para libros de la especialidad o bien participar como compilador editorial o autor de textos completos. La actividad editorial es fundamental e indispensable y debemos los cirujanos involucrarnos en este quehacer. Las instituciones de asistencia sanitaria y las universidades son el sitio ideal para el desarrollo de esta actividad[8,9].

Posibilidad de convertirse en líder de generaciones más jóvenes

En párrafos previos de este texto destacaba la importancia de que los cirujanos jóvenes tengan ilusiones y visiones para su futuro. Que a través de la imaginación y una planeación estratégica tengan un objetivo a seguir. Que los profesores, tutores o mentores tienen una participación muy importante en la creación de estos planes. En las instituciones los cirujanos jóvenes a través de la observación y convivencia cotidiana con sus profesores podrán forjarse una idea de lo que quieren y lo que no quieren para sí mismos en el futuro. Por razón natural los cirujanos que trabajen en las instituciones tendrán la oportunidad de convertirse en los mentores o tutores del mañana, un privilegio que muy pocos conseguirán. Para ello deberán tener en forma consistente un comportamiento ejemplar en lo personal y lo humano, en lo técnico y en lo científico que genere una autoridad no solo en lo profesional sino también en lo humano y lo ético. Que sean conscientes de que ellos serán el relevo natural de sus mentores y los pilares en la formación de generaciones futuras y en el desarrollo de la cirugía[10,11].

Obtener un prestigio entre el gremio y la sociedad y representar a la cirugía mexicana a nivel internacional.

Las acciones se van ligando entre sí, una cosa va llevando a otra, de tal forma que el liderazgo que se va gestando y la transformación natural en mentores o maestros al inicio se materializa en al ámbito local, es decir al interior del hospital o institución en la que se desempeña. De la mano con la actividad editorial y académica el cirujano se empieza a

reconocer también en el ámbito nacional. Quizá al principio en la sociedad de cirujanos de su ciudad o estado, posteriormente al interior de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG) que es la máxima institución académico-gremial en México. Podrá también trabajar e involucrarse en el Consejo Mexicano de Cirugía General (CMCG) y si es persistente y estudioso llegar hasta la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) o la Academia Nacional de Medicina (ANM) entre otras organizaciones. Este liderazgo en el trabajo asistencial, en lo académico y editorial lo podría proyectar al ámbito internacional. Con el bagaje y experiencia que se adquiere en los grandes centros quirúrgicos del país puede destacar también en otras latitudes como la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC), en el colegio Americano de Cirujanos (ACS por sus siglas en inglés) o en la Sociedad Internacional de Cirugía (ISS por sus siglas en inglés y SIC en francés) por mencionar algunas. El trabajo en las instituciones permite al cirujano ampliar su campo de influencia y trascender desde el trabajo en su comunidad hasta tener la oportunidad de representar a la cirugía mexicana a nivel mundial[12,13].

Posibilidad de aportar trabajo asistencial para la comunidad.

La formación del cirujano general es una tardea ardua y larga, desde el ingreso a la universidad (pública o privada) y el desempeño y formación en la estructura hospitalaria durante muchos años. Requiere por supuesto de un gran esfuerzo individual, sacrificio y persistencia que se respalda con la vocación para el ejercicio de una profesión muy bella. Una profesión que exige del individuo un compromiso social y humano en toda la extensión de la palabra. Para la formación del médico y el cirujano se requiere de la existencia de instituciones educativas, universidades y de instituciones asistenciales en hospitales tanto públicos como privados. Es necesaria la presencia de una infraestructura muy costosa y del esfuerzo de muchos profesores y tutores. Lo que tiene un valor incalculable es la disposición del mejor maestro que un médico puede tener, el paciente. Ese individuo que a pesar de su dolor y sufrimiento permite al joven médico participar en la atención de sus males. Que nos confía su integridad física y mental, su intimidad en momentos muy difíciles y nos permite constatar en la vida real y práctica lo que dicen los textos de medicina o cirugía. Más aún, en ocasiones nos consienten a probar en ellos nuevos fármacos, métodos de diagnóstico o cirugías por mencionar algunas. Toda esta infraestructura, desde la educativa hasta la asistencial o de investigación merecen ser recompensadas, la sociedad y los pacientes merecen que los médicos regresemos un poco de lo que se nos ha proporcionado para nuestra formación. Resultaría egoísta querer solo materializar nuestro patrimonio personal y no compartir algo de lo que aprendimos en las instituciones y de lo mucho que se nos ha otorgado. El cirujano general se ha constituido como un líder en el ejercicio de esta profesión y como líder debe ser ejemplar en la retribución social que la profesión exige. De esta forma considero que el trabajo a nivel de instituciones de salud es una oportunidad que pocos profesionales tienen para retribuir al sistema y sobre todo a la sociedad de lo mucho que nos han otorgado.

Colofón

A lo largo de la historia la medicina y la cirugía pasaron de la enseñanza tutelar a la institucional lo que ha permitido un avance más rápido en el conocimiento y difusión del mismo así como a la masificación en la formación de especialistas. Esto ha aportado beneficios importantes en el desarrollo de la profesión sin

dejar de tomar en cuenta que se han perdido beneficios de la enseñanza personalizada. En atención a esto solo comentaré que los procesos educativos intentan rescatar los beneficios de la enseñanza tutelar y formar una amalgama que permita obtener los beneficios de ambos sistemas.

Como se comentó previamente la práctica institucional al término de la educación formal de pre y post-grado permite al joven cirujano consolidar sus conocimientos y adquirir mayor experiencia en el ejercicio de esta difícil y complicada especialidad. Le permite adquirir seguridad en la toma de decisiones y en participar como responsable del tratamiento quirúrgico de pacientes y no solo como el asistente que aprecia cómo se toman las decisiones pero no las toma él ni asume las consecuencias de éstas. Las instituciones también le permiten la convivencia más cercana y cotidiana con sus profesores y otros especialistas otorgando la oportunidad de visualizar sus objetivos y rutas de desempeño profesional. Lo educa en el estudio, en la actualización continua y en el trabajo en equipo para el beneficio de sus pacientes. Las instituciones son el medio propicio para el desarrollo profesional, académico, de investigación, editorial y gremial que le proporcionan al cirujano la posibilidad de trascender a nivel local, en su comunidad, a nivel nacional e inclusive a representar a la cirugía mexicana a nivel internacional. Al final, pero lo más importante por el compromiso social y humano de nuestra profesión, la práctica de la cirugía institucional proporciona al cirujano la posibilidad de retribuir a la sociedad un poco de lo mucho con lo cual contribuyó a su formación profesional integral.

Referencias

1. Tapia-Villanueva Rosa María et al. *El internado médico de pregrado y las competencias clínicas*. México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super 2007;21(4)
2. GONÇALVES, M.C.N.; BELLODI, P.L. *Being a Mentor in Medicine: An Archetypal View on Motivations and Changes in the Journe*y. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.41, p.501-14, abr./jun. 2012
3. De la Cruz Flores Gabriela et al. *Tutoría en educación superior: una revisión analítica de la literatura*. Rev. educ. sup vol.40 no.157 México ene./mar. 2011
4. ANUIES (2000). *Programas Institucionales de Tutoría.* Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior, México, Colección Biblioteca de la Educación Superior, Serie Investigaciones, ANUIES.
5. Cassinello Plaza F. *La importancia del trabajo en equipo en las salas de cirugía*. Rev Colomb Anestesiol 2015;43:1-2 - Vol. 43 Núm.1
6. División de estudios de posgrado. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. http://www.fmposgrado.unam.mx/ofertaAcademica/esp/esp.html
7. ANUIES (2000). *Programas Institucionales de Tutoría*. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior, México, Colección Biblioteca de la Educación Superior, Serie Investigaciones, ANUIES.

8. Santillán-Doherty P. *El ser impertérrito y las ventajas de escribir*. Neumol Cir Torax Vol. 71 - Núm. 3:207-211Julio-septiembre 2012
9. León-López G, et al. *Cuarenta años de actividad editorial de la Asociación Mexicana de Cirugía General, 1974-2014*. Cirujano General 2015; 37 (3-4): 112-124
10. Ruiz-Speare JO. *Liderazgo en medicina*. An Med (Mex) 2014; 59 (3): 219-227
11. Patel VM et al. *What Does Leadership in Surgery Entail?* ANZ J Surg. 2010 Dec;80(12):876-83. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05530.x. Epub 2010 Oct 12.
12. Henrickson Parker S. et al. *Surgeons' Leadership in the Operating Room: an Observational Study.* Am J Surg September 2012Volume 204, Issue 3, Pages 347–354
13. Jorge Cervantes Castro en Sinaloenses ejemplares por el mundo. http://sinaloensesejemplares.com/jorge-cervantes-castro/

CAPÍTULO
26

EL CIRUJANO GENERAL Y SUS HONORARIOS

Dr. S. Francisco Campos Campos.

El término honorario se refiere al estipendio que se da a uno por su trabajo en una profesión liberal; que se obtiene por honor, es decir para honrar al "más severo cumplimiento de nuestros deberes respecto del prójimo y de nosotros mismos"[1].

Profesión. (del latín *professio*, *-onis*). Acción y efecto de profesar. Es el empleo, facultad u oficio que cada uno ejerce[1].

Profesional. Dícese de la persona que ejerce una profesión o de quien desempeña una actividad con conocimiento y habilidad a cambio de una remuneración y no como aficionado[2].

De esta forma al decir honorarios profesionales me refiero a la remuneración que recibe un profesional para honrar el ejercicio de su quehacer que ejerce con el más amplio cumplimiento de su deber y conocimiento.

Los honorarios médicos retribuyen ciertamente un servicio profesional, pero en ge-neral no suelen guardar proporción entre ambos si consideramos que el restablecimiento de la salud y la conservación de la vida, en su caso, no son equivalentes con la retribución económica otorgada. Se entiende entonces, que el cliente (o paciente) guarde con ello una deuda de respeto, consideración y honor para quien le dispensó el servicio[3].

Como cualquier ser humano el profesional de la medicina y cirugía tiene necesidades que satisfacer. Para ello se reconocen tanto deberes como derechos que al pertenecer a la sociedad tiene obligación de cumplir y disfrutar.

Primero haré mención a los deberes; el profesional de la medicina y la cirugía se obliga al ejercicio de la profesión de acuerdo a como lo marca el estado del arte o *lex artis*, es decir debe tener conocimiento pleno de los aspectos técnicos y de los avances más recientes en la materia. Es necesario que se encuentre autorizado para el ejercicio profesional y que haya cumplido con las certificaciones académicas y legales que marcan las autoridades. Además, por la naturaleza propia de la profesión debe llevar a cabo un ejercicio amplio y en el sentido social y humano que el título de médico le confiere.

En cuanto a los derechos, los médicos deben recibir la remuneración económica suficiente para lograr un desarrollo personal y el de su familia. Esta remuneración debe permitir adquirir una correcta alimentación, vestido y sustento. También tiene el derecho de que la remuneración sea suficiente para poder guardar la salud,

educación, esparcimiento y lograr una pensión o ahorros suficientes para una vejez digna.

Los ingresos económicos de un médico se pueden obtener de dos formas, una como asalariado: empleado de una empresa, o sistema de salud ,o bien, como empresario de la medicina que son realmente los denominados honorarios médicos.

Como empleado o asalariado se distinguen algunas ventajas y limitaciones. Se tiene una seguridad en el sueldo, haga mucho, poco o nada de trabajo, se refiere a un convenio contractual. Se pueden obtener estímulos institucionales en efectivo o en prestaciones sociales. Se tiene derecho al aguinaldo que marca la ley al final del año, beneficios sindicales en su caso y seguridad en la salud tanto del médico como de su familia a través del Instituto Mexicano del Seguro Social u otras instituciones paraestatales con sentido social. El sueldo que se recibe traduce la cantidad absoluta que el médico puede gastar para sí mismo, es decir ya de él se han deducido las obligaciones fiscales correspondientes (impuestos) y no tiene necesidad de relacionarse con contadores, administradores ni obligaciones patronales. Se obtiene un nombre y un prestigio a través del nombre y prestigio de la institución para la que se labora, es decir se le reconoce como el médico que trabaja en determinado hospital del IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de Salud, etc. Su desempeño sea bueno, malo o regular, el prestigio de la institución lo acoge.

El médico empleado siempre tiene un trabajo seguro, no tiene que hacer mayor inversión más que los conocimientos adquiridos en la universidad y en su centro de formación profesional. La institución invierte todo por él y le ofrece todos los medios para trabajar. No tiene que montar un establecimiento o consultorio, no debe invertir en mobiliario, rentas, servicios, personal, etc. La institución se convierte en el proveedor del sitio de trabajo, además lo relaciona con pacientes, colegas y otras instituciones afines y por si fuera poco le ofrece educación médica contInua. Sin embargo, no todo será miel sobre hojuelas, el trabajo como asalariado tiene también limitaciones. El sueldo o ingreso estará limitado a lo que la institución, el gobierno y/o los sindicatos marcan cada año, en general los incrementos salariales van de la mano con la inflación o negociaciones con la empresa. En el mejor de los casos los incrementos se dan por antigüedad o promociones jerárquicas sujetas a responsabilidad (jefaturas, coordinaciones, direcciones etc.). El médico en una institución en general percibe el mismo salario haga mucho o haga poco, no hay un estímulo por productividad asistencial. El médico asalariado no aspira a grandes ingresos, tendrá que vivir como asalariado siempre y tener sus satisfactores económicos regulados por un sistema.

Los médicos con visión empresarial, aunque ejercen la misma profesión que debe tener el mismo sentido social y humano, se manejan bajo un esquema diferente. La medicina se maneja como un negocio o una empresa, ya sea desde un nivel individual o grupal hasta a gran escala como en grandes consorcios o corporativos. Quienes se involucren en este contexto tendrán algunas necesidades y obligaciones. Deben relacionarse con contadores que les ayuden al correcto cumplimiento de sus obligaciones fiscales para el pago de impuestos y para cumplir con sus obligaciones patronales para la correcta administración del personal que para él trabaja (ej. secretarias, asistentes de consultorio, enfermeras, gestores, etc.) En la complejidad del ejercicio de la medicina empresarial y sus relaciones con administradoras de salud y terceros pagadores (mejor conocidos como aseguradoras), el médico debe aprender, conocer y capacitarse

para la administración de emisión de facturas y cobros por servicios prestados. Cuando esto se hace complejo, derivado del éxito profesional, que seguramente logrará con el paso del tiempo, se hará necesario que el profesional de la medicina contrate y pague servicios de administración empresarial. De esta manera será necesario que los médicos que opten por un desarrollo profesional empresarial de mayor escala cuenten con servicios de administración y contabilidad y tendrán que pagar por estos servicios.

Los médicos que no trabajan como empleados de una institución necesitan un sitio de trabajo digno y apropiado para el ejercicio profesional. Requieren de establecer una oficina o consultorio e invertir en renta o compra de un inmueble, equipamiento y mobiliario, servicio de limpieza, contratación de personal y pago de nómina (a menor o mayor escala) como lo marca la ley (es decir debe proporcionar a sus empleados de sus derechos al IMSS, INFONAVIT, seguro para el retiro, etc.). Para lograr este objetivo se requiere de inversión económica y contar con asesoría, para lo cual se hace necesario un ingreso económico determinado. No suficiente con lo anteriormente expuesto, el médico con sentido empresarial tiene que proveerse a sí mismo (y a su familia) de medios para conservar o recuperar la salud (es decir servicio médico o seguro de gastos médicos), ahorros o inversiones para el retiro o la vejez, educación continua, etc. En este contexto de trabajo, el médico no tiene asegurado un ingreso mensual o anual, ganará cuanto más o menos trabajo tenga y desarrolle, esto podría asumirse como un estímulo a la productividad. Trabajo más, tengo más ingresos y a la inversa. No se tienen los estímulos financieros institucionales, incrementos salariales estructurados, aguinaldo ni prestaciones sociales. Es decir el médico, en este caso, el empresario es responsable de sí mismo de la A a la Z.

La medicina empresarial también tiene su lado amable, no en vano una gran cantidad de profesionales de la salud aspiran a ella. La inversión en tiempo, dinero, aprendizaje, asesoría y otros puede producir frutos de gran sustancia. Se toman riesgos (en menor o mayor escala) pero si se tiene éxito se pueden obtener buenos ingresos. El ejercicio médico independiente también tiene ventajas o privilegios, el médico determina sus horarios de trabajo, la longitud de sus jornadas, determina sus ingresos, con quién se relaciona en lo profesional o institucional y desde el punto de vista laboral y con quién no. Él es su propio jefe dicta las líneas empresariales a seguir. Obtiene un estímulo laboral no solo por lo técnico profesional con un adecuado ejercicio de la medicina, también en cuanto a la productividad, entre más trabaje más ingresos tiene. Se pueden llegar a tener grandes ingresos de acuerdo al desempeño de su "empresa". Debe asumir que en la medida que se trabaja más, se tendrán mayores ingresos, pero también se tendrá mayor responsabilidad y necesidad de su presencia.

¿Cómo determinar los honorarios?

Una situación a la que el cirujano se enfrenta al inicio de su práctica profesional es la de no haber aprendido a lo largo de su carrera a cobrar por el trabajo realizado. Desafortunadamente, en la currícula de las escuelas de medicina no se incluye la enseñanza del cobro de honorarios, de administración, contabilidad y otras disciplinas necesarias para el ejercicio profesional. Se asume a la medicina solo como una disciplina humanística y social y no se educa al médico en el ejercicio empresarial de la profesión. Por pena, vergüenza o desconocimiento, el cirujano no cobra algunas

cirugías o consultas, a veces por considerar que son nimias, aunque para ello él o ella hayan invertido mucho tiempo para su aprendizaje[4]. Otro dilema que el cirujano enfrenta es el monto que debe cobrar por tal o cual procedimiento. Con frecuencia el cirujano comete errores como es el de cobrar "en bloque" sus honorarios junto con los de su equipo quirúrgico y los gastos hospitalarios, circunstancia que puede mermar sensiblemente sus ingresos. Los honorarios se asumen de acuerdo a lo que cobran otros colegas, el hospital en el que se trabaja o el sitio geográfico en el que se encuentra. Desafortunadamente y en forma injusta no en todos los países e inclusive no en todas las ciudades de un mismo país se cobra ni se puede cobrar lo mismo por la atención de patologías y cirugías semejantes. Los incrementos se establecen de acuerdo a las cifras de inflación anual publicadas lo que no necesariamente beneficia al médico quien suele quedarse muy detrás de la realidad que vive[5].

Con frecuencia por usos y costumbres en nuestro país se toman en cuenta los siguientes aspectos en la forma de fijar los honorarios: la índole misma del servicio prestado en consideración con la dificultad del caso y agravantes, a la necesidad que represente el tener que realizar muchas visitas al paciente y que ellas puedan y deban efectuarse en horarios incómodos o inclusive de noche. También debe tomarse en cuenta la misma reputación del médico, que en preferencia han tenido sobre los servicios de otros colegas. Esta preferencia importa y da crédito al profesional por lo logrado con esfuerzo, dedicación e inversión lo que resulta en justa la retribución por ello. La situación económica del paciente, si se maneja en forma sensible, verídica (evitar y detectar el engaño del que podría ser objeto el médico) y adecuada puede considerarse al fijar el monto de honorarios. Podría no ser equitativo pero si responder a una necesidad humana y social el que pague más el que más tiene y menos el desfavorecido. Los honorarios del médico deben resarcir una vida digna y decorosa para el médico y sus dependientes.

En el ejercicio de la medicina clínica en general no se firman contratos ni convenios que obliguen a una u otra parte. El trato de honor, de palabra, misma que debe honrarse tanto por el médico como por el paciente y sus responsables. No resulta adecuado en lo moral ni en el prestigio del médico cobrar los honorarios en forma anticipada, pero sí debe estipularse previamente el monto de los mismos. Debe tenerse cuidado de hablar claro sobre el particular, con el paciente y la persona legal y moralmente responsable del proceso para evitar un conflicto una vez prestado el servicio.

Cuando varios profesionales médicos presten sus servicios cada uno podrá cobrar honorarios por los servicios que individualmente haya prestado. Esto se refiere al servicio independiente prestado por cada uno de ellos, quedando fuera de toda discusión la reprobable práctica de la dicotomía entendida como el reparto entre dos o más profesionales de la medicina los honorarios que devengue un mismo cliente o paciente y sin su consentimiento. Se refiere también a la participación que podría darse de un profesional médico a otro por el sólo hecho de haberle referido un paciente, ya sea para consulta, tratamiento o rehabilitación.

Los médicos tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo el convenio en contrario. Lógicamente, la retribución justa dependerá de que el médico haya puesto de su parte todos los elementos necesarios para lograr un buen resultado aun cuando la enfermedad hubiese sido incurable sin el médico saberlo, y menos todavía cuando el familiar o persona responsable hubiese insistido en que se siguiese la

atención a pesar de conocerse y haber sido advertidos sobre un mal pronóstico[6].

En México no hay estudios objetivos, con datos duros, que ayuden a construir el monto justo para cada acción profesional de un cirujano. En general, influyen para llegar a una cifra determinada la ciudad, el hospital, el círculo social en el que se trabaja, el prestigio del médico, la magnitud del procedimiento quirúrgico, los riesgos y co-morbilidades del paciente y otras más subjetivas difíciles de valorar. Las cantidades también se modifican de acuerdo al pensamiento humanista y social del cirujano. En otros países se han intentado hacer estudios que ayuden al cirujano a llegar a la cifra justa de honorarios profesionales; desde luego todas las fórmulas serán imperfectas, pero vale la pena conocer algunos de los resultados de estos ejercicios matemáticos[7].

En estos comentarios dejaré de lado a los "honorarios profesionales" que pagan las compañías de seguros o terceros pagadores toda vez que en realidad no son "honorarios profesionales", en realidad son tarifas profesionales para operaciones establecidas que no toman en cuenta ningún aspecto alrededor de la técnica quirúrgica como podrían ser riesgos del paciente, antecedentes quirúrgicos ni la experiencia del cirujano por mencionar algunos. En realidad son tarifas pre-establecidas por actuarios o profesionales de otras áreas no médicas.

El artículo publicado en Colombia[8] ayudaría a dimensionar lo que ocurre en México por ser un país latinoamericano con muchas similitudes sociales y económicas al nuestro. En el punto de vista estrictamente mercantil del ejercicio de la cirugía y dejando (solo para este ejercicio) los puntos de vista social, humano y de caridad (pilares fundamentales de nuestra profesión), surgen algunos cuestionamientos como: ¿cuánto vale una cirugía en cirugía general? o ¿cuál es la tarifa mínima (honorarios profesionales) para la práctica de una operación en cirugía general?

De primera intención destaca el tomar en cuenta los siguientes elementos: la inversión inicial para lograr ser médico y especialista en cirugía, es decir cuánto pagó el médico o cuánto invirtió en su educación tomando en cuenta que por lo demandante del proceso y la responsabilidad es una profesión en la cual no se puede trabajar ni percibir ingresos hasta que se ha concluido el proceso educativo. En segundo término cuáles son los costos (completos) de operación para desarrollar una operación, en términos de contrato por paquete o por evento, es decir, la cantidad de dinero que utiliza para trasportarse al sitio en donde se desarrollará la cirugía, el tiempo utilizado en preparación pre-operatoria, la propia cirugía y los cuidados post-operatorios, no despreciar el tiempo que se le dedica a la familia en su atención y explicaciones sobre el proceso mórbido, la propia cirugía y riesgos, la atención de frecuentes y constantes llamadas telefónicas del paciente y sus familiares, el seguro de responsabilidad profesional (variable según la aseguradora y el tipo de especialidad quirúrgica que se ejerza), la retención de impuesto sobre la renta, la probabilidad de un evento adverso que en términos de responsabilidad podría sobrepasar la suma asegurada en el seguro de responsabilidad profesional, etc,[9]. Dentro del evento adverso se debería tomar en cuenta la probabilidad de que el cirujano se contamine con virus de hepatitis B o C o virus de la inmunodeficiencia humana entre otros. El contagio para VIH del paciente al cirujano está calculado por lo menos en 0.0005% en cirugía general. Este contagio o cualquier otro podría limitar temporal o en forma definitiva la capacidad laboral del médico[8].

Otro aspecto a tomar en cuenta para el cálculo de honorarios profesionales es la ley de la oferta y la demanda, es decir cuántos cirujanos existen y cuál es la necesidad de la población. El establecer cuántos cirujanos se requieren y existen sobrepasa esta reflexión, sin embargo, es evidente que no hay suficientes cirujanos en el país y que éstos se establecen geográficamente en forma centralizada, es decir hay muchos en las grandes urbes y necesidad en poblaciones menores[7].

Después de analizar estos datos en Colombia y creo que podría homologarse en México es claro que la remuneración de la cirugía en nuestra especialidad se ha visto transformada en forma drástica en las últimas décadas. Las tarifas actuales se acercan a una rentabilidad mínima y cada vez más los cirujanos que trabajan como empleados reciben menos dinero, lo que acerca a la cirugía a tener rentabilidad de pérdidas.

Durante el ejercicio de la cirugía las decisiones médicas se tratan casi siempre de un acto prospectivo, frecuentemente asociado a muchos elementos que generan incertidumbre sobre el resultado final y que el paciente o sus familiares con frecuencia exigen que se les garantice. Esta realidad clínica no se encuentra en la capacidad de comprensión de quienes se dedican a la evaluación de estudios financieros o de los propios pacientes y sus familias que no tienen los conocimientos médicos.

En la forma de establecer los honorarios médicos con frecuencia no se toma en cuenta la experiencia del cirujano ni la relación que ésta pueda tener con la probabilidad de aparición de un evento adverso. Los cirujanos dedicamos muchas horas de nuestro ejercicio profesional a resolver problemas específicos y con esto se logra obtener una experiencia tal que disminuye sensiblemente la probabilidad de fracaso. Estas acciones ayudan también a disminuir el costo de uso de tecnología diagnóstico y/o terapéutica.

Para terminar con estas reflexiones en relación a cómo y cuánto se debe percibir como honorarios médicos considero importante tomar en cuenta lo siguiente. En su diaria actividad los médicos asumen responsabilidades diversas: científicas, técnicas, morales, éticas, sociales, civiles, penales y disciplinarias, unificadas todas en el concepto de responsabilidad médica, entendida como la obligación de asumir las consecuencias de una conducta, un hecho o un acto médico, aceptados y ejecutados libremente por un profesional de la medicina. Y todo este conjunto de ideas, lo preside la conciencia individual, es decir el conocimiento íntimo del bien que debemos hacer y del mal que debemos evitar, o si se quiere el conocimiento exacto y reflexivo de las cosas[10].

Según el Dr. José Félix Patiño, distinguido cirujano colombiano, el cirujano es más que artesano, fisiólogo, patólogo e investigador. En esta reflexión no se cuantifica el valor de esa clase de práctica sino la meramente operatoria (artesanal). En el entendido que en el marco de la medicina gerenciada el cirujano pasa de ser lo primero a convertirse en lo segundo; es decir, en empleado quirúrgico[11]. Se está produciendo una transferencia de la responsabilidad social del Estado (a otorgar salud a la población) a empresas comercializadoras; sin embargo, la responsabilidad civil no ha sido transferida en ninguna forma y sigue siendo exclusiva del médico con los costos y gastos que esto implica, como tampoco se ha transferido del médico a las empresas la responsabilidad sobre el evento adverso.

El mercado laboral médico regido por la oferta y la demanda es un determinante fundamental para determinar los honorarios médicos. No hay ninguna fórmula matemática que sea útil y aplicable para el cálculo de honorarios profesionales si el especialista excede las necesidades del mercado; entonces es el mercado quien determina sus honorarios.

Referencias

1. *Lexipedia. Diccionario enciclopédico*. *Encyclopaedia Británnica Publishers, Inc.* 1995-1996 vol. 2 pag 345
2. *Lexipedia. Diccionario enciclopédico*. *Encyclopaedia Británnica Publishers, Inc.* 1995-1996 vol. 3 pag 206
3. Peiro F. *Deontología Médica*. Madrid: Editorial Passim Lumen; 1958, p. 362.
4. Ostos-Mondragón Luis Juan et al. *El ejercicio profesional privado del cirujano general*. En: A. Jesús Vega-Malagón. *La cirugía general y el cirujano. Universidad autónoma de Querétaro.* Asociación Mexicana de Cirugía General. 2011. Cap. 18 Pag. 315-23
5. *Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la república en materia federal*. México: Editorial Sista, S.A. de C.V. 1995.
6. López-de-la Peña XA. *Honorarios médicos profesionales*. Gac Méd Méx Vol.135 No. 2, 1999
7. García Echeverri P. *Tarifas mínimas en cirugía general*. Rev Colomb Cir 2006 (21)2:97-103
8. Abaúnza H. *Nuestra portada.* Picasso PR. "Ciencia y caridad". Rev Colomb Cir 2002; 19 (2): VIII.
9. Goldberg D, Johnston J, Cameron S, et al. *Risk of HIV Transmission From Patients to Surgeons in the Era of Postexposure Prophylaxis*. J Hosp Infect. 2000; 44 (2): 99-105.
10. Silva J. *La objeción de conciencia en medicina. Editorial.* Rev Colomb Cir 1999; 14 (3): 133.
11. PatiñoJF y Academia Nacional de Medicina. *Impacto de la reforma de seguridad social en salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Rev Colomb Cir 1999; 14 (2): 70-72.

CAPÍTULO
27

EL CIRUJANO GENERAL Y LA ADMINISTRACIÓN

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dr. Fernando Isaac Recio España

Introducción

A la amable invitación de la Asociación Mexicana de Cirugía General para colaborar con un capitulo en este libro y al revisar los temas que mis demás compañeros cirujanos han enlistado como contenido de la obra, el editor encontró la posibilidad de incorporar un capitulo que sin duda es indispensable en el desarrollo profesional del médico, de ahí que tanto y tantos médicos y un buen número de cirujanos se han dedicado como parte única, parcial o complementando a su ejercicio profesional a la administración médica. De ahí surge el título de este capítulo y su contenido que intenta orientar, favorecer y ayudar al cirujano en la administración. Desde lo básico, hasta aspectos más avanzados, esperamos contribuir con ello y cumplir con el compromiso contraído.

"Dejo de ser un excelente cirujano
para llegar a ser un mal
administrador"
–Dicho popular–

Hay una clara tendencia del médico a realizar funciones administrativas aun y a pesar de que existe un desconocimiento formal de las ciencias de la administración, quizás basado en el buen desempeño en su actividad profesional, su capacidad para la toma de decisiones, el liderazgo que ejerce en su actividad cotidiana, la necesidad de coordinar personal bajo su mando, su constante relación con pacientes y su sentido común.

Un administrador es una persona que obtiene resultados a través de otras personas. Un administrador es el responsable de llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar las metas organizacionales. Más específicamente, un administrador desempeña ciertas funciones básicas para que la organización, sea ésta cual sea (personal o institucional), se encamine hacia la consecución de dichas metas[1].

A través de los años se han planteado diversas definiciones de lo que es administración y, por lo tanto, de lo que es un administrador[2] ha resumido muy bien lo sucedido en los siguientes términos utilizando el pensamiento de diversos "Gurús" de la administración contemporánea:

Henry Fayol vio la administración a través del ejercicio del control, mientras Tom Peters la visualizó como "hacer". Michael Porter en cambio la ha equiparado con pensar, específicamente analizar. Warren Bennis la ha descrito como liderar, al tiempo que Herbert Simon la ve como tomar decisiones, con lo cual

ha estado de acuerdo la *Harvard Business Review* que ha dicho en su portada, durante años, que es "La revista de los tomadores de decisiones". Todos se han equivocado porque todos estaban en lo correcto. Administrar no es ninguna de estas cosas sino todas ellas, es controlar y hacer, es manejar y pensar, es liderar y decidir y mucho más, no agregadas sino mezcladas. Si se quita alguna de estas actividades no se tiene completa la labor del administrador.

De acuerdo con lo anterior se puede decir que un administrador es quien controla, ejecuta, maneja, analiza, comunica, vincula, planifica, lidera, negocia, motiva y toma decisiones, entre muchas otras actividades, dentro de una organización, un área, rama, unidad o departamento de la misma, con el propósito de conseguir que se cumplan ciertos objetivos.

Ahora y de acuerdo con la teoría académica la labor del administrador se sintetiza en las funciones que componen el proceso administrativo: planeación, organización, dirección y control.

Hasta aquí señalamos algunos aspectos que son de aplicación general para el personal de la salud ya sea un administrador puro o bien un médico dentro de la administración.

Teoría de la administración y su relación con la salud

Ahora ampliemos un poco más sobre aspectos básicos de la administración tomando diversos trabajos de expertos administradores que aplican perfectamente con las tareas del médico y del cirujano destacando que este último tiene algunas ventajas sobre otras especialidades dado que su quehacer diario tiene muchos de los aspectos del proceso administrativo incluidos en forma implícita usando como ejemplo la atención de un caso de apendicitis aguda; que requiere planear, organizar, direccionar y controlar los referente a el diagnóstico y al tratamiento quirúrgico y de avanzada al final, puede evaluar su quehacer y retroalimentarse para determinar si su proceso de atención (administrativo en tiempo, insumos, trabajo en equipo, oportunidad, seguridad y calidad) es acorde a los resultados obtenidos.

La administración posee herramientas que aplicadas al ramo de la salud ayudan a desarrollar una visión de conjunto, optimizando recursos humanos, técnicos y financieros para poder llevar a las instituciones de salud, no importa su tamaño y origen, a un estado de crecimiento y eficiencia adecuadas. Para ello el médico que tiene la encomienda administrativa tendrá que desarrollar ciertas habilidades en administración que lo pondrán en ventaja con el administrador que carece de la formación, visión y sensibilidad médica para realizar estos procesos relacionados con la seguridad del paciente y la atención de la salud.

Luego así, considerar que el administrador es la persona encargada de la planeación, organización, dirección y control de actividades en una institución, siendo responsable del manejo adecuado de los recursos materiales, humanos, financieros y tecnológicos que le son confiados, con la finalidad de conseguir los objetivos que la institución previamente se ha fijado[3].

Si bien es cierto que estas actividades son inherentes al hecho de administrar, resultan no ser las actividades que realizan en el día a día los administradores.

El trabajo del administrador consiste en dirigir los recursos y esfuerzos de la organización hacia las oportunidades que le permitirán obtener resultados económicamente significativos. Suena trillado y lo es. Pero, cada análisis de asignación efectiva de recursos y esfuerzos que he visto o hecho, en diversos negocios, mostró claramente que la mayor parte

del tiempo, el trabajo, la atención y el dinero va primero a los "problemas" en lugar de a las oportunidades, y, en segundo lugar, a las áreas donde incluso desempeños extraordinariamente exitosos tendrán un impacto mínimo en los resultados[4].

Los sistemas de salud y sus subsistemas (consultorios, clínicas, hospitales y otros), deben de contar con una administración eficiente con el objeto de cumplir metas que contemplen los diferentes programas de salud y con ello dar respuestas a los diferentes problemas que la sociedad les demande.

Es conveniente aclarar que una organización que otorga servicios de salud es una empresa pública. Es pública porque sirve a la comunidad y es empresa porque debe de tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles que deben cumplirse con economía y eficiencia[5].

Así el desafío de los sistemas de salud es desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos y de capacitar para mejor comprensión de la administración a todos los trabajadores de la salud, dado que la tarea es de uno para todos y de todos para uno en el enfoque actual de centrar la atención en el paciente como eje fundamental de la atención para la salud.

El trabajo del Administrador:
El papel como administrador

Dentro de la visión de un todo que un médico administrador debiese tener, se identifican 10 roles a través de los cuales se describe el trabajo del administrador. La actividad del administrador mientras ejecuta estos roles se encuentra entre la reflexión (piensa, evalúa, analiza) y la acción (participa, asigna, decide), relacionándose con los demás, al interior y hacia afuera de la institución, la unidad de negocio, el hospital, área, departamento, consultorio, o cual fuese según su nivel. Dichos roles se integran en 3 categorías: interpersonales, informativos y decisorios. Tomado y modificado de: http://www.gestiopolis.com/que-es-un-administrador-que-hace-su-perfil-y-habilidades.

a. Roles interpersonales. Son tres los roles del administrador que surgen directamente de la autoridad formal e involucran relaciones interpersonales básicas:

1. El administrador como cabeza visible de la organización. Como cabeza de una unidad organizativa, todo administrador debe realizar algunas funciones ceremoniales. Estos deberes pueden ser a veces rutinarios, no implican toma de decisiones importantes ni una comunicación demasiado formal. Sin embargo, son importantes para el buen funcionamiento de una organización y no pueden ser ignorados.

2. El administrador como líder. Los administradores son responsables del trabajo de la gente de su unidad. Sus acciones en este sentido constituyen el papel de líder. Algunas de estas medidas implican liderazgo directo y ejercicio indirecto de la función de líder.

3. El administrador como enlace. En este rol el administrador hace contactos fuera de la cadena vertical de mando que empoderan las acciones de la institución

b. Roles informativos. Procesar información es una parte clave del trabajo del administrador, actuando como receptor, aglutinador y/o transmisor.

4. El administrador como receptor de información. Como monitor, está analizando constantemente el entorno para obtener información

5. El administrador como difusor de información. En el papel de divulgador, distribuye información privilegiada directamente a los subordinados, quienes de otra manera no tendrían acceso a ella, sirve como puente entre ellos.

6. El administrador como portavoz. En el papel de vocero, envía información al exterior de la organización.

c. Roles decisorios. La toma de decisiones es intrínseca a la labor del administrador, los restantes cuatro roles giran en torno a ella.

7. El administrador como emprendedor. Busca mejorar su unidad (o la organización como un todo), para adaptarla a las condiciones cambiantes del entorno. Esto se da a través del desarrollo de nuevos productos, nuevas formas de realizar procesos claves, reorganizaciones de un departamento o reestructuraciones corporativas, fusiones o adquisiciones y campañas de relaciones públicas, entre otras.

8. El administrador como controlador de perturbaciones. Los problemas, las crisis, son factores que deben ser tenidos en cuenta y deben saberse manejar. En este rol busca hacer que los retos y problemas que enfrenta la organización o su área, sean tomados de la mejor manera por su equipo y que las transiciones sean tan positivas como puedan serlo.

9. El administrador como asignador de recursos. En este rol decidirá quién recibirá qué, en términos de recursos, humanos, financieros y de cualquier otro tipo, incluyendo su propio tiempo.

10. El administrador como negociador. Sea que trate de conseguir un nuevo cliente, un nuevo empleado o intente terminar un contrato con un proveedor, el administrador siempre estará negociando en la búsqueda por lo mejor para su unidad, su departamento, su sucursal o la organización entera[6].

Tareas básicas

Si bien la teoría es eso, el ejercicio de estos roles y su comprensión hace patente el quehacer del administrador de un proceso, en el entendido que no todos son de ejercicio cotidiano, pero considerarlos es prioritario para tener en cuenta los alcances de una buena administración, que además contiene tareas fundamentales y básicas que han sido destacadas por Drucker, quien estableció éstas en cinco y que componen la labor que da la estructura de un administrador: establece objetivos, organiza, motiva y comunica, mide y por último, desarrolla a su gente[7].

1. Establecer objetivos. Fija metas para cada área, las comunica a aquellas personas cuya participación es requerida para lograrlas y decide qué hay que hacer para cumplirlas.
2. Organizar. Analiza las actividades, decisiones y relaciones necesarias. Clasifica el trabajo, lo divide en actividades manejables y las clasifica en puestos de trabajo manejables. Agrupa estas unidades y puestos de trabajo en una estructura organizacional. Además selecciona personas para la gestión de estas unidades y para los puestos de trabajo claves.
3. Motivar y comunicar. El administrador hace de su gente un equipo. Lo hace a través de la práctica y en sus relaciones con las personas con quienes trabaja; lo hace mediante sus "decisiones sobre personas", decisiones sobre remuneración, ubicación y ascensos; lo hace a través de una comunicación constante, desde y hacia sus subordinados, desde y hacia sus superiores, y desde y hacia sus colegas.
4. Medir. Establece criterios e índices (indicadores), pocos factores son tan importantes para el desempeño de la organización y de quienes la conforman. Se encarga de que cada persona conozca las medidas de desempeño de toda la organización y, al mismo tiempo, las de su función y así le ayuda a cumplirlas. Analiza, evalúa e interpreta el rendimiento y como en todas las otras áreas de su trabajo, comunica el significado de las medidas y sus

resultados a sus subordinados, a sus superiores, y a sus colegas.

5. Desarrollar a su gente y a él mismo. Con el ascenso del conocimiento, esta tarea ha adquirido una mayor importancia. En una economía del conocimiento, las personas son el activo más importante de la organización y le corresponde al administrador desarrollarlas.

Hasta aquí el papel que juega y el trabajo que le toca realizar al administrador médico en ciernes, ahora viene quizás la toma de decisión más difícil para el ya responsable de los servicios de salud y es definir quién es el personaje idóneo para ocupar el puesto de directivo en salud sea el nivel que sea, como se ha multicitado.

Perfil del administrador: habilidades y competencias

La posibilidad de que estas características sean inherentes a la persona existe, pero lo más importante es desarrollar aquellas que son deficitarias, se han señalado como habilidades esenciales para que el administrador a aquellas que contribuyen a ejecutar eficazmente el proceso administrativo:

1. Habilidad técnica. Consiste en utilizar los conocimientos, métodos, técnicas y equipos necesarios para la realización de sus tareas específicas a través de su instrucción, experiencia y educación.
2. Habilidad humana. Consiste en la capacidad y el discernimiento para trabajar con personas, comprender sus actitudes y motivaciones y aplicar un liderazgo eficaz.
3. Habilidad conceptual. Consiste en la habilidad para comprender las complejidades de la organización global y en el ajuste del comportamiento de la persona dentro de la organización. Esta habilidad permite que la persona se comporte de acuerdo con los objetivos de la organización total y no apenas de acuerdo con los objetivos y las necesidades de su grupo inmediato[8].
4. Habilidad política. Capacidad para mejorar la posición personal, sentar una base de poder y establecer los contactos correctos. Los gerentes que tienen buenas habilidades políticas suelen ser mejores para conseguir recursos que aquellos que no las poseen. También obtienen evaluaciones más altas y logran más ascensos[9].

Que de acuerdo con estos mismos autores, se complementan con seis conjuntos de conductas que explican poco más del 50% de la eficacia de un gerente, las denominan habilidades específicas y son:

1. Controlar el entorno de la organización y sus recursos. Que se explica como la capacidad para emprender acciones y llevar la delantera para hacer cambios en el entorno. Implica fundamentar las decisiones relativas a los recursos en un marco de conocimiento claro, actualizado y exacto de los objetivos de la organización.
2. Organizar y coordinar. Consiste en organizar las cosas en torno a las tareas y, a partir de ahí, coordinan relaciones de interdependencia entre las tareas, cuando procede.
3. Manejar información. Comprende el uso de los canales de comunicación e información para identificar problemas, entender los cambios del entorno y tomar buenas decisiones.
4. Propiciar el crecimiento y el desarrollo. A través del aprendizaje constante el administrador propicia su crecimiento y desarrollo personal así como los de su gente.
5. Motivar a los empleados y manejar conflictos. A través del refuerzo positivo generan en su gente ganas de realizar su trabajo y eliminando conflictos inhiben

posibles problemas que minen la motivación.

6. Resolver problemas estratégicos. Asumen responsabilidad de sus decisiones y se aseguran de que los subalternos apliquen debidamente sus habilidades para tomar decisiones.

La *American Management Association* ha establecido 4 habilidades/competencias clave que debe tener el administrador: 1. Pensamiento crítico y resolución de problemas. La capacidad de tomar decisiones, resolver problemas y tomar las medidas adecuadas; 2. Comunicación efectiva. Habilidad para sintetizar y transmitir sus ideas, tanto en forma escrita como oral; 3. Colaboración y trabajo en equipo. La capacidad de trabajar de manera efectiva con los demás, incluidos los de grupos diversos y con puntos de vista opuestos; 4. Creatividad e innovación. La capacidad de ver lo que no está ahí y hacer que algo suceda[10].

Finalmente, existe una regla de oro recomendada para que la gerencia sea eficaz que incluye los siguientes conceptos: 1 .Preguntan: ¿qué hay que hacer?. 2. Preguntan: ¿es esto lo correcto para la empresa? 3. Trazan un plan de acción. 4. Asumen responsabilidad por las decisiones. 5. Asumen la responsabilidad de comunicar. 6. Se centran en las oportunidades. 7. Hacen reuniones productivas. 8. No piensan ni dicen "yo", piensan y dicen "nosotros"[11].

Referencias

1. Allen, William R. y Gilmore, Harold L. *What Managers Do*. *American Management Association*, 1993 p20
2. Mintzberg, Henry. *Simply Managing: What Managers Do – and Can Do Better*. *Berrett-Koehler Publishers*, 2013, p26
3. Juárez Martínez, Gerardo D. *Formación gerencial para la eficacia escolar*. EUMED, 2006 p21
4. Drucker, Peter F. *Managing for Business Effectiveness. Harvard Business Review*, May – June 1963. p54
5. Pavón-León P, Gogeascoechea-Trejo M del C. *La importancia de la administración en Salud*. Rev. Medica Veracruzana 2004; 4(2):1-2)
6. Disponible en http://www.gestiopolis.com/que-es-un-administrador-que-hace-su-perfil-y-habilidades/ consultado 07 agosto 2016
7. Drucker, Peter F. *Management. Tasks, Responsibilities, Practice*. Truman Talley Books / E.P. Dutton, 1986. p.275
8. Katz, Robet Lee. *Skills of an Effective Administrato*r. Harvard Business Press, 1974 pP6-18
9. Robbins, Stephen P. y De Cenzo, David A. *Fundamentos de administración: conceptos esenciales y aplicaciones*. Pearson Educación, 2009. p.13
10. American Management Association. Critical Skills Survey, 2010 p2
11. Drucker, Peter F. *What makes an Effective Executive. Harvard Business Review*, June 2004 p3

CAPÍTULO
28

EL MÉDICO COMO MENTOR

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

El término "mentor" se suele usar como sinónimo de maestro o profesor, si bien algunos lingüistas consideran que en realidad no existen los sinónimos sino que cada término tiene sutilezas que lo diferencia de los otros que se utilizan de manera intercambiable. Mentor significa consejero o guía y alude al personaje de la Odisea, consejero de Telémaco. En este escrito se abordará tanto en su connotación de maestro como en la de consejero, lo cual no quiere decir que se menosprecien las diferencias. Los estudiantes tienen muchos maestros pero pocos mentores, y con frecuencia sólo uno. Entre los cirujanos podría ser particularmente importante la diferencia.

La función docente es inherente a la profesión médica. Todos los médicos somos maestros, al margen de si tenemos o no un reconocimiento formal porque la esencia de nuestra función con los pacientes y sus familias es educativa. Lo mismo podríamos decir de la idea de aprendiz porque todos los médicos lo somos eternamente.

En el terreno formal, la noción de maestro o profesor ha dejado de ser la de "individuo que enseña" para convertirse –con Aristóteles– en "individuo que propicia que los alumnos aprendan", en lo que se destaca que el propósito esencial del acto educativo es el aprendizaje y no la enseñanza; en otras palabras, lo importante no es lo que hacen los maestros sino lo que ocurre en los alumnos. Sólo el aprendizaje legitima el acto educativo. Y conviene hacer énfasis en ello porque puede ocurrir que el maestro se desmarque del aprendizaje cuando dice: "yo enseñé y lo hice bien; si los alumnos no aprendieron es cosa de ellos".

El aprendizaje no siempre está en la mente de los maestros (sí en la de los mentores). Muchos se proponen tan sólo ostentar su conocimiento, hacerse propaganda personal o de productos o servicios, autoafirmarse como médicos o docentes, aprender ellos mismos dado que intentar enseñar es demostradamente la mejor manera de aprender, o simplemente tener un documento para el avance curricular. El docente de hoy es un facilitador del aprendizaje aunque él mismo no enseñe porque hay otras formas de lograr que los discípulos aprendan, tales como organizarles actividades, recomendar tareas, incidir en sus motivaciones, crearles necesidades intelectuales, etc. Pero el maestro es también un supervisor, quien vigila cercanamente la manera en que los alumnos se desempeñan y les realimenta de tal modo

que se reafirmen en lo que hicieron bien y corrijan lo que hicieron mal. Es, además, un evaluador; independientemente de que existan evaluadores externos como los Consejos y las Universidades, quien tiene más elementos para hacer una evaluación justa es el propio maestro, aunque no siempre tiene la capacitación y el compromiso que se requieren para ello. También tiene que ser un promotor de la innovación. El asunto tiene su importancia en la época contemporánea en la que el avance tecnológico es vertiginoso y se ha creado una brecha generacional entre los estudiantes (en su mayoría nativos digitales) y los profesores (en su mayoría inmigrantes digitales). Muchos de los maestros no han seguido el ritmo del progreso y por su ignorancia tienden a desacreditar los avances haciéndoles creer a los alumnos que no sirven o que no son nada nuevo. Y un papel que no pueden eludir los maestros (y menos aún los mentores) es el de servir de modelos y ejemplos. Aunque decirlo me ha valido algunas críticas, considero que hasta la vida privada de los profesores tiene que ser ejemplar.

La relación profesor alumno ha estado históricamente marcada por la asimetría. No se puede decir que este modelo no ha tenido algunos éxitos y todavía hay quienes no sólo lo añoran sino que lo cultivan, profesores y alumnos. El profesor ha hecho gala de su poder, de tal modo que puede imponer sus opiniones, no importa qué tan subjetivas o injustas sean. En esta asimetría ha estado también el hecho de que el sentido de la enseñanza-aprendizaje es sólo del profesor hacia el alumno y que si el alumno no aprende por ineficiencia del profesor es sólo el alumno el que es sancionado. Hoy las cosas empiezan a cambiar; el respeto es mutuo al igual que lo es el aprendizaje pues el maestro también aprende de los estudiantes o, al menos lo hace durante el acto educativo. Ya se evalúan también los profesores, tanto por parte de los alumnos como por entidades ajenas. Los métodos pedagógicos han evolucionado y la memoria ha pasado a un segundo plano. La función del profesor no es sólo el aprendizaje técnico, de datos y frases, sino que incide en estratos más profundos del alumno, en su formación, su estructura, sus valores; más que nunca cabe el término de mentor.

El papel del maestro en el modelaje de conductas resulta particularmente importante en la formación de cirujanos. Una parte del aprendizaje lo es por imitación y en este sentido el maestro funciona como modelo a seguir[2]. Ciertamente la relación entre un modelo y un alumno puede adoptar distintas modalidades: el aprendiz se siente inspirado por el modelo y hace lo necesario para llegar a parecerse a él, pero también puede ocurrir que el tal modelo no lo inspire y, aún, que le genere una reacción contraria, la de tratar de no parecerse a él (lo cual es igualmente eficaz en el terreno educativo), o lo que es más inconveniente, que se trate de un modelo no deseable, pero al que el alumno decide parecerse. En este sentido, hay que reconocer que se han perpetuado muchos rasgos de conducta de algunos cirujanos, como la agresividad, la altanería, la soberbia y otros que sin ser deseables atraen a muchos imitadores.

La medicina, y particularmente la cirugía, se aprenden según algunos preceptos[2]: a) “aprender haciendo”, lo cual significa que desde el principio el novato desarrolla actividades que forman parte de su quehacer al egreso; b) motivación basada en la responsabilidad. Conforme al aprendiz se le asignan ciertas responsabilidades, proporcionales a su grado de avance, en ella obtiene la mayor motivación para aprender, considerando que ésta es un elemento indispensable, pues ya se ha probado que no sirve de mucho asignar

tareas de aprendizaje descontextualizadas; c) supervisión y asesoría. No sirve de mucho que el aprendiz realice por su cuenta ciertas actividades si nadie observa si lo hizo bien o no, si la realimentación que se genere por parte del supervisor no le permite reafirmarse en lo que hizo bien y corregir lo que hizo mal; d) vinculación teoría-práctica. El estudiante tiene que percibir este vínculo, por ello es preferible que la profundización teórica derive de la práctica y no ésta de la teoría; e) ambiente académico en el que de lo que se habla en los pasillos y en la cafetería es de los avances y novedades, se permite disentir, se discuten las controversias, etc. f) investigación como estrategia educativa, no tanto para formarlos como investigadores sino para incorporar en su actividad profesional diversos atributos que provee la investigación y que son totalmente aplicables a la práctica clínica: observación, cuestionamiento, profundización, etc. g) experiencias significativas que probablemente constituyen la piedra angular del aprendizaje; no se trata sólo de tener experiencias, sino unas que tengan impacto en la vida del que aprende, que dejen huella, que lo estremezcan. En esto los docentes pueden ayudar a convertir en significativas algunas experiencias de los alumnos, por ejemplo, la verbalización (cuando se le pide al alumno que cuente su experiencia), la esquematización (que realice un dibujo, por ejemplo, de la intervención quirúrgica que presenció), la explicación (que ofrezca un esquema de cómo es que el paciente llegó al estado en que se encuentra), la redacción (que escriba la experiencia), la problematización (cuando el maestro lo somete a algunas preguntas comprometidas en relación con la experiencia), la discusión (que el alumno presente el caso ante sus compañeros o ante experto), etc.

El maestro tiene responsabilidades éticas muy claras[3]. La primera es la de que el alumno aprenda, pero también la de respetar su dignidad. Históricamente esto no ha ocurrido siempre. Al estudiante se le ha exhibido en sus deficiencias con el pretexto de que puede servir de ejemplo a los demás o de escarmiento. En este respeto a su dignidad se encuentra la idea de no hacer públicas sus calificaciones. Si bien el maestro admite sus compromisos con la sociedad, con la profesión y con la institución educativa de tal modo que no permite el egreso de quien no ha alcanzado las competencias comprometidas.

Una parte muy importante del mentor tiene que ver con el currículum oculto. A diferencia del currículum explícito en el que se señalan los aprendizajes que se propone se obtengan, el currículum oculto se logra un tanto incidentalmente, pues no aparece en los documentos curriculares, se refiere a la conducta cotidiana, la que tiene que ver con el comportamiento moral de escuelas y hospitales, frecuentemente carece de una estrategia educativa propositiva, puede tener que ver con adoctrinamientos ideológicos y el docente puede ni siquiera estar consciente de que lo está ejerciendo. Las escuelas religiosas, por ejemplo, tienen un currículum oculto muy señalado; la ética se suele aprender más a través del currículum oculto que del explícito.

En conclusión: el papel de mentor trasciende al de profesor, pues no se restringe a la formación técnica del alumno sino a su formación completa. El médico es, sin duda, una figura que inspira y que tampoco se restringe a su función esencial de curar o prevenir sino tiene que multiplicar su acción benéfica a través de sus discípulos.

Lecturas Recomendadas

1. Carrasco JA: *La educación quirúrgica. Nuevos paradigmas*.Cir y Cir. 2007; 75:1,2.
2. Lifshitz A, González-Quintanilla: *La enseñanza contemporánea de la clínica.* En: Sánchez-Mendiola M, Lifshitz A, Vila P, Martínez A, Varela M, Graue E: *Educación Médica. Teoría y práctica. Elsvier*. México, 2015, pags 233-41.
3. Lifshitz A: *Ética en la docencia médica*. En: Los senderos del trabajo clínico. Ed. Alfil 2006, México,pag, 99-107.

CAPÍTULO
29

EL CIRUJANO GENERAL COMO MENTOR

Dra. María Rita Rodríguez Luna

Introducción

Al abordar el tema de la importancia de la mentoría en el desarrollo del profesional, es común el referir como introducción el origen del término. Mentor hace alusión al nombre propio del amigo más cercando de Odiseo, nuestro héroe Homérico protagonista de La Odisea. Al tener que partir a la guerra de Troya, deja a su hijo Telémaco en cuidado de su fiel amigo. La diosa Palas Atenea, asume la identidad del último, y es quien cuida, educa y apoya a Telémaco. Cuando entendemos lo que significa para el joven que pierde el apoyo de su padre y tenerlo proveniente de una persona que tiene el deseo y la voluntad de ayudarlo a convertirse en adulto, nos damos cuenta de la importancia que inviste el papel de un mentor en la vida de su protegido.

Cabe reflexionar en esta etapa temprana del presente manuscrito, que en el diccionario de la lengua española existe el término de Mentor[1] pero no así su contraparte, como lo existe en el idioma inglés (*mentor and mentee*). Podría utilizar los términos tutor y tutorado, pero prefiero referirme en lo sucesivo como protegido al benefactor de las acciones de su mentor.

Antecedentes Históricos

La relación mentor y protegido es, sin duda, un binomio que ha ayudado al progreso tanto de las sociedades humanas como de manera individual a todas las personas que fueron afortunados en poder serlo a lo largo de nuestra historia. Enfocándonos a nuestra profesión, el ejemplo más claro está en la figura de Aprendiz que le ayudaba al cirujano barbero durante la Edad Media, hasta poder ser capaz de practicar el oficio por si solo habiendo aprendido los conocimientos y destrezas de su maestro. Con la evolución de la enseñanza de la cirugía en las universidades medievales y renacentistas, es común encontrar linajes académicos prominentes a lo largo de toda Europa, basados nuevamente en la relación mentor-protegido. Basta tomar como ejemplo el linaje iniciado por Andrés Vesalio (1514-1564) en la universidad de Padua, maestro de Fallopio, seguido por Fabricio, Morgagni, y William Harvey, quien llevó el conocimiento anatómico a un nivel superior, iniciando la era de la fisiología moderna gracias a lo aprendido en Italia.

En épocas recientes, una vez teniendo el desarrollo quirúrgico el impulso brindado por las nuevas técnicas de anestesia y antisepsia, tenemos la influencia de Theodoro Billroth

(1829–1894) en Viena, padre de la cirugía abdominal, como mentor de Langebush (primer cirujano en realizar una colecistectomía), Kocher (premio Nobel por su trabajo en patología tiroidea), Mikulicz (gran innovador de técnicas quirúrgicas), llegando inclusive a influenciar sobre Halsted y el diseño de la residencia quirúrgica moderna fundada en Johns Hopkins basándose en la organización de la Billroth Clinic.

Estado actual de la relación Mentor-Protegido en Cirugía

En la actualidad, existe en la cirugía académica un genuino interés por impulsar la creación de la relación Mentor-Protegido al reconocerse el beneficio que conlleva tanto a los dos personajes directamente involucrados en el binomio, como a la institución académica que los alberga, a la sociedad en general y al desarrollo de las ciencias quirúrgicas. Cada vez son más los estudios que se enfocan a encontrar los elementos necesarios para el óptimo funcionamiento de la relación. En los Estados Unidos existen programas académicos diseñados a crear de manera proactiva relaciones Mentor-Protegido en las universidades y hospitales, aunque sabemos que las relaciones más productivas son aquellas que se desarrollan de manera espontánea y natural, al encontrarse tanto el Mentor su Protegido atraídos por intereses profesionales y personales en común.

La relación Mentor-Protegido que se daba en el siglo XIX y XX ejemplificada en el inicio de este capítulo, difiere con la que se da actualmente en los albores del siglo XXI. Las condiciones de la práctica quirúrgica actual hacen que cada vez sea mas difícil para el residente de cirugía el poder consolidarse como un profesional quirúrgico en los 4 años que los programas de estudio tienen estipulados en su curriculum. El cuerpo de conocimientos aumenta de manera exponencial y la competencia laboral se hace más difícil. Si le sumamos la exigencia familiar que el residente pueda tener, tal como ser esposo, o padre de familia, vemos que la calidad de su preparación está en juego. Establecer una relación mentor-protegido es la mejor estrategia que puede tener para poder desarrollarse en todo su potencial en los ámbitos clínico y académico.

Derivado de distintos estudios, sabemos que en la actualidad un protegido exitoso gozó la interacción con más de un mentor. También sabemos que el tiempo que dura la relación en activo puede ser tan corta como de apenas un par de años, o larga como la misma vida de los involucrados. Este tiempo depende de los intereses académicos y profesionales del protegido y del mentor.

Características del Mentor y Protegido

Para tener una relación Mentor-Protegido exitosa, existen cualidades personales en las dos personas cuya presencia se cree aumenta las posibilidades de éxito de la relación. Algunas de estas son innatas, pero otras pudieran adquirirse con práctica y voluntad de cambio. Se enuncian algunas de ellas[2].

Dentro de las cualidades que debe poseer un mentor se encuentran ser accesible y con una mentalidad abierta, mostrar interés compasión y empatía, proveer apoyo moral, ser entusiasta e invertir tiempo en su Protegido, poseer habilidades de comunicación incluyendo el escuchar, brindar retroalimentación constructiva.

Dentro de las cualidades que debe de poseer el Protegido se encuentran la capacidad de iniciar la relación con el mentor, determinar sus fortalezas y debilidades, disponibilidad de aprender y tomar riesgos, aceptar retos, escuchar atentamente, reconocer y aceptar las limitaciones de su relación con el mentor[3].

Entezami, entre otros[4,5,6,] ha realizado revisiones sistemáticas incluyendo 38 estudios buscando los factores que funcionan como limitantes en las relaciones entre tutorados y mentores, mismos que pueden condicionar una barrera en la relación. Como resultado encontraron los siguientes:

1. Diferencias de género, de generación y de cultura. La relación puede verse comprometida cuando no existe compatibilidad de género entre el tutorado y su mentor. Recordemos que la consejería no solamente se da en la esfera profesional, sino también buscando guiar al tutorado en su vida personal. Las necesidades familiares y fisiológicas propias de cada género pueden no ser valoradas adecuadamente, trayendo consigo la ineficacia de la relación. Los tutorados quirúrgicos que cursan la residencia son en su mayoría nativos digitales, y los mentores deben prepararse ante los retos que conlleva la enseñanza en este grupo de edad.
2. Escasez de mentores calificados. Como hemos mencionado, las características de un mentor exitoso son difíciles de agrupar en un solo individuo, mismas que promueven la relación asertiva con su tutorado. La falta de sin duda impone barreras en la relación.
3. Problemática con la disponibilidad de tiempo. El trabajo entre mentor y tutorado es ardua y compleja, necesitando del compromiso de ambas partes para invertir el tiempo necesario para el análisis y búsqueda de las soluciones.

Aunque el mentor no siempre se toma de forma estructurada, no debe de tomarse a la ligera, será piedra angular de un cirujano capaz bien entrenado.

Conclusión

En México tenemos un claro atraso en la creación de relaciones Mentor-Protegido. Los beneficios que la relación puede generar son muchos y han sido claramente estudiados en otros países. No hay razón para pensar que México fuera la excepción.

Referencias

1. *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*. mentor, ra [Internet]. Available from: http://dle.rae.es/?id=OxX3Y1t
2. Rombeau J, Goldberg A, Loveland-Jones C. *What are the Qualities of an Outstanding Surgical Mentor?* In: Surgical Mentoring [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 29–44. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-7191-3_3
3. Clark J. *Management and Leadership – A Guide for Clinical Professionals*. S Patole [Internet]. 2015;19–29. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-11526-9
4. Entezami P, Franzblau LE, Chung KC. *Mentorship in Surgical Training: A Systematic Review. Hand*. 2012;7(1):30–6.
5. Champion C, Bennett S, Carver D, El Tawil K, Fabbro S, Howatt N, Noei F, Rae R, Haggar F, Arnaout A. *Providing Mentorship Support to General Surgery Residents: A Model for Structured Group Facilitation*. Can J Surg. 2015;58(6):372–3.

6. Gantt NL, Hollands C, Sanfey H. *Strategies for Building an Effective Mentoring Relationship. In: Poires SE, editor*. *Navigating Your Surgical Carreer The AWS Guide to Success*. 1st ed. 2015. p. 183–202.

CAPÍTULO
30

El MÉDICO ESCRITOR

Dr. Armando Vargas Domínguez
Dr. Jorge Tueme Izaguirre

La medicina es mi esposa y la literatura es mi amante.
–Antón Chéjov–

Definición: es el facultativo que redacta literatura creativa en terrenos fuera de la medicina, ya sea cuento, novela, teatro, ensayo, traducciones, biografía o cualquier otra.

La primera interrogante será encontrar los motivos por los cuales el médico escribe fuera del expediente del hospital o del consultorio para incursionar en la creación literaria. El proceso inicia porque le es imperativo dejar documentos de todo lo que hace.

El estudiante de medicina, desde sus primeros años, redacta historias clínicas. El residente elabora notas de ingreso, registros clínicos del paso de visita, informe de la operación realizada, resumen del alta, está acostumbrado a escribir en forma cotidiana en un documento oficial, con valor jurídico, listo para confeccionar estadísticas.

En los hospitales el médico en fase de preparación es alentado a componer artículos científicos, y para culminar su preparación, le incumbe redactar una tesis. Por esta razón la escritura es amiga y el paso hacia la literatura creativa es accesible.

El contacto con el paciente lo convierte en observador de la vida humana, con la restricción de guardar el secreto pues no es ético revelar el diagnóstico, ni detalles de la enfermedad, mucho menos las confidencias personales. Esas vivencias se acumulan durante años en la memoria, a veces suelen buscar salida, ¿Dónde? El mejor confidente es el papel, desde allí la hoja blanca vuela directo a las personas, sin revelar los nombres, aunque sí los recovecos de sus pensamientos, sufrimientos o alegrías.

Al insistir ¿cuáles son las razones para caer en la tentación de escribir? La respuesta es: por estar en inmediación de la enfermedad, angustia, aflicción, muerte, trastornos de la sexualidad o demencia, principales inspiradores de las novelas, poemas o cuentos. El médico vive cerca de sus personajes.

Otra faceta es atestiguar alegrías después de ejecutar una intervención quirúrgica o curar al doliente. Es un privilegio contemplar el alma humana en momentos difíciles, cuando el temor elimina las máscaras, obstáculos defensivos, hipocresía o pudor. Periodos esenciales de la vida.

El Galeno asiste a los momentos íntimos de la existencia de los pacientes, tiene acceso a los secretos mejor guardados, eso no le ocurre

a cualquiera. Nos explica de nosotros mismos, habla de hechos desconocidos que nos ocurren.

Existen antecedentes milenarios de esta virtud, según la mitología griega recitar versos tenía poderes curativos, los enfermos mejoraban de las llagas o reducían la hemorragia. Los psicoanalistas lo atribuyen al enorme poder de la mente sobre el cuerpo.

Entender al terapeuta, al paciente y la enfermedad, son fundamentales para el creador literario, porque allí encuentra abundante material disponible. Los sufrimientos y los efectos sobre la mente son parte esencial de sus obras, un viento de psicología sopla en la historia del médico.

Las enfermedades de la vida real han ejercido peso en la literatura, las artes, política o religión, por ejemplo los cambios después de la peste negra que a soló Europa a partir del año 1347, inspiró a Bocaccio en el Decamerón y Albert Camus en su libro *La Peste*.

Escritores de la talla de Miguel de Cervantes, alumno de la antigüedad, recomendó a un caballero andante conocer las hierbas para curar heridas. Por ello, el Dr. Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés ponderó a Don Quijote para aprender medicina. Sydenham dijo: si echáramos todos los medicamentos al mar, excepto el opio, le haríamos gran daño a los peces y gran beneficio a la humanidad.

Para los lectores es llamativo saber de más de una decena de enfermedades, con nombre de personajes de la literatura, por ejemplo:

Charles Dickens describe en una de sus novelas lo ahora conocido como síndrome de Pickwick. Padecimiento de personas obesas con respiración deficiente, niveles bajos de oxígeno y altos de bióxido de carbono en sangre. El exceso de grasa en abdomen dificulta al sistema muscular a ejecutar una respiración profunda, manifestado por apnea del sueño, mala calidad del dormir, somnolencia diurna, cansancio, depresión, cefalea, disnea de esfuerzo.

Otro es el síndrome de Rapunzel

Se trata del tricobezoar, originado por comer pelo compulsivamente, que se acumula en la cavidad gástrica, el nombre proviene del cuento de hadas escrito por los hermanos Grimm, donde el personaje principal, la joven Rapunzel permanece encerrada en una torre, para su fortuna posee una trenza de varios metros de longitud, con esa ayuda el enamorado puede trepar sosteniéndose en la frondosa cabellera.

Síndrome de Peter Pan

Proviene de la obra de James Matthew Barrie. El personaje está ubicado en el país de Nunca Jamás donde no crece, siempre es un niño. Su característica es la inmadurez.

Síndrome de Pollyanna

La heroína de la novela de Eleanor H. Porter. Es una niña aleccionada en el optimismo sin límites, descubre el lado benévolo de cualquier escenario, aún el más horrendo. El mal consiste creer que nada puede salir mal, sin importar el riesgo de la vida.

Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas

Del autor Lewis Carrol, el personaje femenino modifica su altura después de comer una galleta o beber una pócima. La causa verdadera es el abuso de drogas u otro mal neurológico. Los síntomas son ver las propias partes del cuerpo de diferente tamaño de lo real.

Síndrome de Dorian Grey

Del autor Oscar Wilde. Existe obsesión por no envejecer o por detectarse falsos

defectos físicos. No es raro observar personas adultas o de la tercera edad con ropas propias de jóvenes, gustan de efectuarse varias cirugías estéticas o pintarse la cara, uñas o pelo de colores. Hay depresión al llegar a la menopausia. En la novela el protagonista no envejece quien lo hace es un retrato.

Síndrome de Otelo

El personaje de la obra de Shakespeare es un celoso patológico impulsado por Yago, quien lo alimenta de sus obsesiones, por ello mata a Desdémona, su esposa por creerla infiel.

La sintomatología aparece en enfermedades mentales, alcoholismo o adicción a drogas, la manifestación principal es la celopatía o delirio celotípico.

Creen en la infidelidad de su pareja, no importa si no hay pruebas de deslealtad, suele acompañarse de cavilaciones homicidas.

Síndrome de Munchausen

Proviene del personaje de la novela de Rudolph E. Raspe que relata la vida de un protagonista con tendencia a inventar diversas historias.

Una persona sana pretende engatuzar a otros de estar enfermo, para engañar llega al extremo de producirse heridas, se somete a intervenciones quirúrgicas o a diferentes tratamientos para conseguirlo. Es diferente del hipocondriaco, pues sólo busca conseguir la atención de familiares o amigos.

Síndrome de la Cenicienta

La heroína vive en casa de una mujer y sus hijas quienes la utilizan como trabajadora del hogar, consiste en inventar detalles de maltrato, ocurre en orfanatorios, con padres adoptivos o la madrastra. El mal lo sufren niños que imaginan fábulas para obtener amor, hay temor al abandono y deseo de ser tutelado por otros.

Síndrome de Don Quijote

Acontece por exacerbación de la imaginación provocada por excesiva lectura de libros de caballería, que trastornan al personaje.

También nominado de Stendhal, consiste en taquicardia, alucinaciones, confusión o vértigo al contemplar obras de arte de gran belleza. Es una reacción psicosomática.

Los médicos forjadores de creación literaria, léase novela, cuento o teatro se cuentan por miles, cada país aporta docenas. A continuación se enumeran algunos notables en la historia del mundo occidental.

- Hipócrates 460 aC - 370 aC
- Lucas el evangelista 84 dC
- Galeno 130 dC
- Avicena 980-1037
- Averroes 1126-1198
- Maimónides 1135-1204
- Juan XXI 1215-1277
- Paracelso 1493-1541
- Nicolás Copérnico 1473-1543
- Miguel Servet 1511-1553
- Francois Rabelais 1494-1563
- Andrés Vesalio 1514-1564
- Amato Lusitano 1511-1568
- William Harvey 1578-1657
- Fiedrich Schiller 1759-1805
- Edward Jenner 1749-1823
- John Keats 1795-1821
- John Williams Polidori 1795-1821
- Louis Pasteur 1822-1895
- Antón Chéjov 1860-1904
- Robert Koch 1843-1910
- Joseph Lister 1827-1912
- William Osler 1849-1919
- Arthur Conan Doyle 1859-1930
- Santiago Ramón y Cajal 1852-1934

- Sigmund Freud 1856-1939
- Mijail Bulgákov 1891-1940
- Axel Munthe 1857-1949
- Enrique González Martínez 1871-1952
- Pío Baroja 1872-1956
- Gregorio Marañón 1887-1960
- Louis Ferdinand Céline 1894-1961
- William Carlos Williams 1883-1963
- William Somerset Maugham 1874-1965
- Ernesto "Che" Guevara 1928-1967
- Juscelino Kubitschek 1902-1976
- A. J. Cronin 1896-1981
- Salvador Allende 1908-1973
- Frank G. Slaughter 1908-2001
- Michael Crichton 1942-2008
- Robin Cook 1940
- Antonio Lobo Antúnez 1942

El estilo de escritura, ritmo, optimismo, pesimismo, es personal. A continuación se relatan algunos pensamientos de médicos escritores.

Louis Ferdinand Céline, (1894-1961) nacido en Francia, englobado entre los poetas malditos, afirmó: "La humanidad es abyecta, no existe nadie libre de culpa. La maldad está presente en todas partes".

En su primera novela revela las manifestaciones del egoísmo en el mundo, en cualquier persona, niños, ancianos, obreros, trabajadores, enfermeras, médicos.

Previene a los lectores con frases lapidarias: "Cuando los grandes de este mundo empiezan a amarnos es porque nos van a convertir en carne de cañón".

Los peores verdugos son los que tienen buen corazón

Axel Munthe, (1857-1949) médico y escritor sueco, publicó la *Historia de San Michele*, villa construida en la parte más alta de la isla de Capri. Es autobiográfica, describe la manera de vivir la enfermedad, relación médico paciente, reseñas clínicas del momento, mezclado con la vida artística de París.

El libro tuvo éxito inmediato, traducido a más de 40 idiomas, le dio fama mundial. Fue médico personal de la reina de Suecia Victoria de Baden, quien pasaba largas temporadas en la isla de Capri. Hablaba cinco idiomas fluidamente. Defensor de los derechos de los animales. Fue filántropo, atendía gente de escasos recursos económicos sin cobrar.

El libro enseña medicina en el territorio de la literatura, imposible de aprender en las facultades. Critica a quienes albergan apetencia por el dinero, la importancia o la fama, involucra gigantes de la clínica francesa. Habla consigo mismo al sostener conversaciones con un duende o con Mefistófeles

Entre sus pensamientos destacan:

- El hombre puede soportar su suerte mientras pueda sufrirse a sí mismo.
- El amor es de corta duración, como una flor.
- La más poderosa de las drogas es la esperanza.
- La más mínima huella de pesimismo en el rostro o las palabras de un médico, puede costar la vida al enfermo.
- Un hombre no debe permanecer sentado en su casa, mientras la guerra o las enfermedades asolan a sus coetáneos.
- Sin piedad no es posible ser buen médico.

Advertía: "cuidado con el médico de moda, obsérvalo antes de confiar en él. Porque siempre está demasiado ocupado para escuchar con paciencia tu larga historia, en segundo lugar por estar destinado a convertirse en personaje, si no lo es ya. Por estos motivos deja pasar primero a los recomendados antes que a ti".

Antón Chéjov (1860-1904)

Médico, escritor y dramaturgo ruso. Ejerció la corriente más psicológica del realismo y naturalismo, maestro del relato corto, utilizó el monólogo, después adoptado por anglosajones.

Inició sus escritos desde estudiante de medicina para ayudarse en los gastos. Residía en compañía de una familia numerosa, redactaba los cuentos en la cabecera de una mesa, en una habitación llena de niños, con conversaciones a gritos, bullicio permanente, donde también comían varios pensionistas.

Él daba poca importancia a sus narraciones, las juzgaba sólo una ayuda de dinero, por ese motivo el escritor ruso Dmitri Grigoróvich le escribió para alentarlo con estas palabras: "El destino lo ha escogido para escribir obras valiosas, por ello sería un pecado desperdiciar ese talento". También lo animó el director del periódico "Tiempo Nuevo".

Es considerado un maestro del cuento, rechazó al relator omnisciente, tan en boga en ese tiempo. En sus narraciones no hay clímax o una resolución contundente, expone temas o ideas, basados en el estado de ánimo y en el simbolismo, el argumento pasa a segundo plano.

Entre sus pensamientos destacan:

- El papel del artista es formular preguntas, no responderlas.
- Confieso: "enterrar alguna gente constituye un gran placer".
- Los hombres inteligentes quieren aprender, los demás enseñar.
- La felicidad no existe, lo único es el deseo de ser feliz.
- Las obras de arte se dividen en dos categorías: las que me gustan y las que no me gustan, no conozco otro criterio.
- La brevedad es hermana del talento.
- La gente gusta hablar de sus enfermedades, a pesar de ser lo menos interesante de sus vidas.
- El amor es un escándalo de tipo personal.
- El arte de escribir es decir mucho en pocas palabras.
- El hombre vulgar aguarda lo bueno y lo malo del exterior, el que piensa lo espera de sí mismo.

Conclusión

Escalar la más alta cúspide de la creación literaria es meta difícil para cualquiera, en particular para el facultativo, como revela una investigación efectuada en todos los galardonados con el Premio Nobel de Literatura, desde su inicio en el año 1901 hasta 2015. En ese lapso sólo lo recibió un médico en 1939, de nombre Frans Eemil Sillanpaa, originario de Finlandia, por la forma como retrata a los campesinos y su relación con la naturaleza. El laureado nunca ejerció la medicina.

La escritura es amable con aquél que la adula, viaja con él a galope, otras veces es indolente, suele ser generosa, retribuye laureles con creces, con la condición de exigir muchas horas de trabajo y plena dedicación.

Lecturas recomendadas.

1. Camus A. *Obras completas*. Biblioteca Premios Nobel. Tomo 1. La peste. Pags. 181-472. Aguilar SA Ediciones. México 1973.
2. Céline LF. *Semmelweis*. Marbot Ed. Barcelona España, 2ª Edición 2014.
3. Celine LF. *Viaje al fin de la noche*. Edhasa. Barcelona. España.
4. Chéjov A. *Obras maestras*. Editores Mexicanos Unidos SA. México. 1ª Edición 2015.
5. Munthe A. *Historia de San Michele*. Edhasa. España 1931.
6. Sillampaa FE. *Obras escogidas*. *Premios Nobel de Literatura*. Aguilar SA Ediciones. Madrid. 1987.

CAPÍTULO
31

EL MÉDICO Y LA CULTURA

Dr. Gregorio Podoswa Mier Martínez

"El Médico que solo medicina sabe, ni medicina sabe, y que a la vez no es filósofo, no es ni siquiera médico"; José de Letamendi y Manjarrez.

Cultura, ¡qué término tan vasto! y ¿cómo definirla?, ¿cultivo del espíritu humano y de las facultades intelectuales del hombre?, ¿un tejido social que abarca las diferentes formas y expresiones de una sociedad determinada?, ¿como un desarrollo intelectual y artístico?, definiciones extraídas de consultas a medios impresos, precisas y concisas en apariencia y sin embargo, tan inexpresivas como por ejemplo, hablar de la "cultura del fútbol", así como culturas más específicas, aunque limitadas como la cultura literaria, musical, política, vinícola, vegetariana y otras tantas, muchas, que gravitan alrededor de conocimientos, ideas, lenguaje, actitudes, agrupaciones sociales y, ¿por qué no?, hasta rituales, lo que incluye la cultura médica y aquí, precisamente en este punto, la cultura médica, la común, la del especialista, la del investigador, radica el principal cuestionamiento: ¿El médico es culto?, o ¿cuál es el papel que el médico ha desempeñado en la cultura general?

¿Qué es arte?; se conoce como el concepto que engloba todas las creaciones realizadas por el ser humano para expresar una visión sensible acerca del mundo, ya sea real o imaginaria y que mediante recursos plásticos, lingüísticos o sonoros permite expresar ideas, emociones, percepciones y sensaciones, ergo, ¿la medicina es un arte?, ¿una ciencia?, ¿se trata solamente de un concepto humanístico?, entendiendo por humanismo la doctrina que se basa en la integración de los valores humanos, ¿esto es? Edmund Pellegrino (1920-2013), notable médico norteamericano especialista en bioética y profesor universitario solía decir que la medicina es la más científica de las artes y la más artística de las humanidades así como la más humanista de las ciencias y si esto es tan cierto ¿cómo es que la enseñanza universitaria de la medicina no incluye cátedras de arte pictórico, de historia universal, de historia de la medicina, de mitología griega como cuna de la propia medicina que se ejerce en la actualidad, ejemplo, el conocimiento de Esculapio del cual escribiremos más adelante y de otros tantos y tantos temas que se integran en los conocimientos generales y que los estudiantes y los graduados tendrían la obligación de conocer?.

Veamos pues:

ASCLEPIO.- (Esculapio para los romanos), fue el dios griego de la medicina, hijo de Apolo y de la ninfa Coronis. La hermana melliza de Apolo, Artemisa, fue quien había matado a Coronis antes de nacer Asclepio porque había cometido una infidelidad. Fue su propio padre o quizá Hermes el que consiguió rescatarlo con vida del vientre de su madre. El centauro Quirón, que había educado a muchos dioses y héroes, se encargó también de su educación y le enseñó arte y medicina. Como hijo de Apolo, que tenía poderes terapéuticos, Asclepio tenía ya un don natural para sanar.

¿RECUERDAN EL BASTÓN DE ESCULAPIO?, la vara (bastón) es el símbolo de la profesión médica y la serpiente que muda periódicamente de piel, simboliza el rejuvenecimiento.

Asclepio, héroe mitológico griego, expresó algunos consejos considerados en la actualidad como clásicos, ¿los recuerdan?:

¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Deseas que los hombres te tengan por un Dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el espanto? ¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida?

¿Tienes fe en tu trabajo para conquistarte una reputación? Ten presente que te juzgarán no por tu ciencia, sino por las casualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá que desconfiarán de ti si no vienes del Asia; otros si crees en los dioses; otros si no crees en ellos.

¿Eres activo, sabes que vale el tiempo? No habrás de manifestar fastidio ni impaciencia; tendrás que aguantar relatos que arranquen del principio de los tiempos para explicarte un cólico.

¿Sientes pasión por la verdad? Ya no podrás decirla. Habrás de ocultar a algunos la gravedad de su mal, a otros su insignificancia, pues les molestaría. Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en parecer burlado, ignorante, cómplice. No te será permitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito; si no afirmas que conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infalible para curarla, el vulgo irá a charlatanes que venden la mentira que necesita.

No cuentes con agradecimiento: cuando el enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo has matado. Mientras está en peligro te trata como a un Dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalescencia ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que les has prodigado, se enfada y te denigra.

Te compadezco si sientes afán por la belleza: verás lo más feo y más repugnante que hay en la especie humana; todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de míseras viviendas, los perfumes harto subidos de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, contemplar los orines, escudriñar los esputos, fijar tu mirada y tu olfato en inmundicias, meter el dedo en muchos sitios. Te llamarán para un hombre que, molestado por dolores de vientre, te presentará un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecho: “gracias a que he tenido la precaución de no tirarlo”. Recuerda entonces que habrá de parecer interesarte mucho aquella deyección.

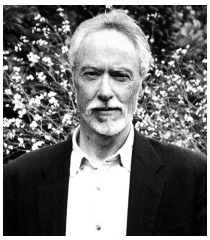
Tu oficio será para ti una túnica de Neso: en la calle, en los banquetes, en el teatro, en

tu cama misma, los desconocidos, tus amigos, tus allegados te hablarán de sus males para pedirte un remedio. El mundo te parecerá un vasto hospital, una asamblea de individuos que se quejan. Tu vida transcurrirá en la sombra de la muerte entre el dolor de los cuerpos y de las almas, de los duelos y de la hipocresía que calcula, a la cabecera de los agonizantes.

Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Cuando a costa de muchos esfuerzos hayas prolongado la existencia de algunos ancianos o de niños deformes, vendrá una guerra que destruirá lo más sano y lo más robusto que hay en la ciudad. Entonces, te encargarán que separes los débiles de los fuertes, para salvar a los débiles y enviar a los fuertes a la muerte.

Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero sí, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud; si sabiendo que te verás sólo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerte con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la faz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansias conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, entonces hazte médico hijo mío.

E Hipócrates, ¿realmente existió? y si así fue ¿se trató de una sola persona o fueron varios médicos de esa época A.C que con sus excelsas autorías generaron la fama bajo el nombre hipocrático?, ¿acaso los fragmentos y manus-critos que integran el "*Corpus Hippocraticum*" no fueron escritos por diferentes autores y en diferentes épocas?. El médico en su cultura general debería conocer que de acuerdo a algu-



nas esculturas se representó a Hipócrates como un hombre bajo y corpulento, calvo, de nariz ancha y barba corta y sin ningún signo de idealización (Heinz Goerke, *3000 años de historia de la Medicina*, Ed. GG, p.p. 15, 1984).

Saber que J.M. Coetze, premio Nobel de Literatura 2003 llegó a nuestro país invitado a un coloquio en la Universidad Iberoamericana, conocer que otro Nobel de Literatura, Vargas Llosa se encuentra actualmente involucrado en un posible acto de defraudación fiscal al igual que otras tantas personalidades del mundo empresarial, político y deportivo, interesarse sobre el descubrimiento de vestigios sobre la urbe maya bajo la ciudad de Mérida en el Estado de Yucatán, saber que un escritor de origen argentino, Eduardo Sacheri, fue galardonado con el Premio Alfaguara por su novela *la noche de la usina*, recordar a la compositora mexicana Consuelo Velázquez a la que próximamente se le rendirá un homenaje, conocer la creación de un observatorio cultural ciudadano y ¡hasta saber que un conductor ebrio atropelló a un policía!, son datos culturales de diversa denominación y origen que el médico debiera impregnarse de ellos.

El médico de origen mexicano, Alfonso Herrera Franyutti fue galardonado con el premio UNESCO JOSÉ MARTÍ 2016, por la promoción de los ideales y de la obra de José Martí

dentro y fuera de Cuba, así como su destacada contribución a la unidad e integración de los países de América Latina y el Caribe y la preservación de su identidad, de sus tradiciones culturales y de sus valores históricos.

Alfonso Ortiz Tirado (1893-1960), médico ortopedista de origen mexicano, miembro de la Academia Americana de Cirugía, de la Academia Indolatina de Medicina, Maestro de la Facultad de Medicina de la UNAM. Entre sus numerosas aportaciones se encuentra la introducción en México de la Mesa de Olby para las intervenciones quirúrgicas en la espina dorsal. Fue médico personal de la pintora Frida Khalo y según la leyenda, fue el responsable de la intervención en la mejilla del compositor Agustín Lara que fue marcado por una cuchillada que alguien le propinó en alguno de los burdeles a los que solía acudir con harta frecuencia. El Dr. Ortiz Tirado, además de su labor como ortopedista y su especialización en cirugía reconstructiva, se distinguió por ser un tenor reconocido a nivel internacional y llegó a actuar en una película mexicana en el año de 1933, acompañado por una cantante y actriz conocida como María Luisa Zea.

El conocer conceptos y vivencias como las anteriormente descritas, constituyen, indudablemente, facetas culturales que el médico en general, por lo menos en nuestro medio, desconoce o no le da la importancia que requiere dentro del desarrollo profesional, ya que prefiere utilizar en su lenguaje terminología cuyos orígenes se remontan a los clásicos griegos o latinos e inclusive a la mitología griega, cuando se encuentra relacionado con el paciente o bien cuando asiste a una reunión social y cuando, como menciona Esculapio en sus sugerencias, en la calle, en los banquetes, en el teatro, en tu cama misma, los desconocidos, tus amigos, tus allegados te hablarán de sus males para pedirte un remedio. El mundo te parecerá un vasto hospital, una asamblea de individuos que se quejan. ¿Acaso no sería mejor utilizar un lenguaje habitual, hasta coloquial en ocasiones, mismo que se aprende al través de un proceso formativo, vivencias, que desafortunadamente no se obtienen en las facultades y escuelas de medicina que en teoría deberían potenciar los valores cognoscitivos de los estudiantes y futuros médicos?

El médico culto debe saber que **VIVIMOS EN UN MUNDO:**

Donde nos escondemos para hacer el amor, mientras la violencia se practica a plena luz del día.

Donde pintar un grafitti es un delito y matar un toro es arte.

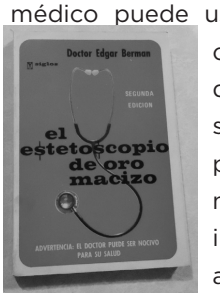
Donde la forma de vestir se valora más que la de pensar.

Donde la pizza llega más rápido que la policía.

Donde los animales son mejores amigos que las personas.

Y donde no se intenta solucionar los problemas, sino convivir con ellos.

Y lo anterior al conocerse e integrarse en la cultura popular, ante el enfermo que constituye el verdadero método de aprendizaje, el médico puede usar sus conocimientos para comprender la dinámica de la enfermedad, sus consecuencias, su curso y sus pronóstico, atendiendo así las necesidades del sujeto que indudablemente están sujetas a su entorno social y familiar.



Entre broma y entre serio, Edgar Berman (1919-1987), primer cirujano que implantó un esófago de plástico en un paciente, además de otros muchos y notables actos, publicó en 1977 un libro titulado *El estetoscopio de oro macizo*, cuya cuarta edición se hizo en el idioma español por la Editorial. V Siglos de México. En este libro se hace más que clara esta advertencia:

"El Doctor puede ser nocivo para su salud" y se inicia con una parodia del Juramento Hipocrático y de la cual extraeremos algunos conceptos:

Juro por Midas, por mis ingresos, por la Academia de Medicina y por todos los demás dioses y diosas, que respetaré este juramento según mi ambición y mi codicia.

"Para reducir la competencia de los quiroprácticos, médicos naturistas y rosacrucianistas, los difamaré en la más alta tradición de mi hermana mayor, la Sociedad de Médicos. Seguiré cualquier sistema o régimen que establezca cualquier compañía de seguros o las que dan igualas, sea pública o privada".

"Me abstendré de todo acto nocivo o corrupto en especial si existe el más ligero riesgo de que me descubran".

"Pasaré mi vida y practicaré mi arte en horas hábiles y cuando esté sobrio, pero dedicaré el resto de mi tiempo estrictamente a los negocios que me reditúen algún interés, a los bienes raíces y a otros placeres esotéricos".

"No cometeré ni perdonaré la seducción de hombre o mujer, en especial si se trata de un menor de edad, a menos que vaya estrictamente de acuerdo con los preceptos de Master y Johnson".

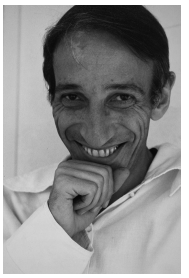
"Vea lo que vea, oiga lo que oiga en mi práctica profesional no lo divulgaré excepto en la intimidad de los vestidores el club, en la alcoba o en forma confidencial ante los tribunales superiores".

"Que mientras yo guarde y respete este juramento se me conceda disfrutar de mi lancha de esquí, de mi condominio en la playa y de mis viajes al extranjero y del respeto de mis colegas; pero si yo violase o faltara a este juramento, lo inverso será mi suerte… y por cierto que no será nada agradable".

Entre parodia, sátira, broma y en serio, este "juramento" escrito por Berman, además de todo lo que también escribe a propósito de la medicina en general, sin perdonar a ninguna de sus diversas especialidades, refleja, a mi muy personal juicio, que desde el siglo pasado ya existía un falta de confianza en la población en general hacia el médico y la medicina y que en este 2016 esa desconfianza y muchas veces desdén se han incrementado notablemente quizá a raíz de ese capitalismo salvaje que se nos ha impuesto y de esa sociedad de hiperconsumismo en la que gastamos el dinero que no tenemos y compramos cosas que no necesitamos, pero básicamente por el mercantilismo de la medicina con la creación de grandes y lujosos centros hospitalarios, uno más oneroso que el otro, dedicados a la "elite" que puede pagar los elevadísimos costos de la salud comprada y el cada vez más intenso el deterioro en la salud pública obligatoria constitucionalmente por el Estado y en la que dígase lo que se diga, se carece muchas, muchísimas veces de lo esencial, está sobresaturada, plagada de trámites burocráticos y absurdos y por eso mismo, permite la proliferación de instituciones privadas, varias de las cuales se escudan en: "Sin afán de lucro". Y he aquí donde resulta con notable esplendor, la carencia cultural humanística del médico mexicano, que se padece desde la enseñanza en la escuelas, facultades privadas o públicas, destinadas a la preparación del futuro profesional de la medicina.

¿Qué es humanismo?, un cultivo de las humanidades y de acuerdo a su definición (Wikipedia), es un Movimiento intelectual desarrollado en Europa durante los siglos XIV y XV que, rompiendo las tradiciones escolásticas medievales y exaltando en su totalidad las cualidades propias de la naturaleza humana, pretendía descubrir al hombre y dar un sentido racional a la vida tomando

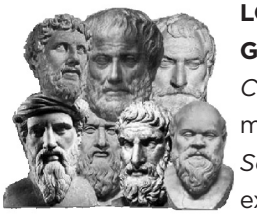
como maestros a los clásicos griegos y latinos, cuyas obras redescubrió y estudió, y ¿cómo se relaciona con el médico? Tan sencillo y a la vez tan difícil en la actualidad, como poner su arte al servicio del enfermo y no solamente a la expectativa de la remuneración monetaria.



Ivan Ilich, "Ivan el terrible" (1926-2002), pensador austríaco considerado como anarquista, polifacético y polémico, entre sus múltiples obras y en relación con el médico, escribió *Némesis médica la expropiación de la salud*, haciendo referencia precisamente a Némesis como personificación de la justicia divina y de la venganza de los dioses en la mitología griega, representando la legítima ira contra la soberbia, la altivez y contra los transgresores de la ley.

De acuerdo a su autor que asume el papel de un crítico con tintes destructivos y algunas veces injustificados, la medicina llamada industrializada, es decir, la que se practica en la actualidad, produce daños clínicos superiores a los beneficios, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y expropia el poder del individuo para curarse a si mismo y para modelar su ambiente. Entrar en detalles de esta obra que indudablemente encaja en la cultura general, equivale a transcribir lo que con toda facilidad se puede consultar en bibliotecas, hemerotecas e inclusive en internet, de manera que lo importante es señalar que aún a pesar de que fue escrita en 1975 y de que los adelantos tecnológicos de la medicina a partir de esa fecha y hasta el momento actual han modificado significativamente la metodología y el concepto de la salud humana, no solamente sigue vigente en algunas de sus ideas, sino que con el transcurso del tiempo se han fortalecido sobre todo en lo que se refiere a la materialización y el mercantilismo de la práctica médica, expropiando la salud pública para entregarla a los mercaderes de la salud elitista. Vivencias que pocos, realmente pocos médicos asumen desconociendo por diversas razones, aspectos de la cultura que sin duda alguna, deberían ser parte de la enseñanza y del desarrollo del profesional asintiendo en la carencia de humanismo.

"La excelencia moral es resultado del hábito. Nos volvemos justos realizando actos de justicia; templados, realizando actos de templanza; valientes, realizando actos de valentía". Aristóteles.



LOS SIETE SABIOS DE GRECIA:

Cleóbulo de Lindos: La moderación es lo mejor.

Solón de Atenas: Nada con exceso, todo con medida.

Quilón de Esparta: No desees lo imposible.

Bías de Priene: La mayoría de los hombres son malos.

Pítaco de Mitilene: Debes saber escoger la oportunidad.

Periandro de Corinto: Sé previsor con todas las cosas.

Tales de Mileto: En la confianza está el peligro.

HUMANISMO, HUMANISMO, ¡CUÁNTOS CRÍMENES SE HAN COMETIDO EN TU NOMBRE!

"El hombre no tiene un mal mayor, que una opinión falsa". Sócrates, cuando deja de interesarse por los fenómenos naturales y se ocupa del ser humano, de cómo vivir nuestra vida y se convierte en el primer psicólogo de la historia al reflexionar filosóficamente sobre los problemas cotidianos de las personas convirtiéndose así en un "médico del alma"

usando la filosofía como una forma de terapia psicológica que se encarga de "curar las enfermedades del espíritu", conceptos reafirmados siglos después por Séneca entre otros, quienes insisten en que la filosofía ayuda a sobrellevar las desgracias de la vida como las enfermedades, el exilio, la pobreza y la muerte, enseñando a vivir mejor extirpando las emociones negativas como la ira, la tristeza, el miedo y la angustia.

Sócrates profundiza sobre las opiniones personales del sujeto por medio del diálogo y mediante preguntas conduce a su interlocutor a un estado de perplejidad que lo hará dudar de sus ideas, de su supuesto saber y darse cuenta de su ignorancia, lo que se necesita para conducir al verdadero aprendizaje.

¿Freud leyó y emuló a Sócrates? (pregunta del autor).

Para Platón el alto desarrollo de tribunales y hospitales, mostró síntomas de la decadencia de la civilización y dedujo que la judicatura y la medicina deberían funcionar para los enfermos y los débiles de espíritu y de físico.

Todo lo escrito anteriormente es cultura, cultura y más cultura, sin embargo, tal y como escribe el Maestro Emérito de la UNAM, Ruy Pérez Tamayo en la "Gaceta Médica de México" (149: 2013), en su artículo "Humanismo y Medicina", no se trata de que los médicos, para cumplir de manera adecuada con sus funciones profesionales, deban ser expertos en literatura clásica y contemporánea o cultivar el griego y el latín o recitar a Petrarca y citar de memoria algunos cantos de la *Divina Comedia*, sino más bien que practiquen el bien, que sean benignos y caritativos o que en vez de humanistas sean humanitarios.

Curiosamente a pesar de los conceptos vertidos por Pérez Tamayo, el mismo transcribe el discurso del insigne Maestro Ignacio Chávez durante la apertura del CL ciclo académico de la Academia Nacional de Medicina, mismo que me permito presentar a continuación:

"No hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá ser un sabio en su ciencia, pero en lo demás no pasará de un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fija los valores del mundo moral. ¿Y en qué consiste esa cultura humanística? La raíz del humanismo actual debe ser el conocimiento de las lenguas vivas. A través de ellas podremos asomarnos al pensamiento de razas y países que no son los nuestros y beber la información de las fuentes mismas. Siendo una aspiración eterna, la cultura no es una cosa universal y estática, sino que cambia y se modela según el tiempo y el lugar. De aquí que el conocimiento de la historia sea un requisito esencial del humanismo contemporáneo, historia amplia de los pueblos, de la civilización y de los pensamientos del hombre. A nosotros médicos, nos interesa además y en forma decisiva la historia de nuestra rama que nos muestra la evolución de las doctrinas médicas. Y cuando ya se tenga todo eso, el conocimiento de las lenguas y de la historia en su mayor anchura, cuando ya se conozca la realidad social y se tenga interés por la hora en que se vive, el humanismo de nuestro tiempo quedaría triste y mate si el hombre no puliera su espíritu con las lecturas selectas, con la frecuencia de los clásicos modernos, con el amor de la belleza –palabra, música o plástica– y con la reflexión sobre los temas eternos de la conducta –el deber, el amor, el bien–, formas todas de sublimar el alma frente a la dura realidad. La marcha por esos caminos ásperos de la perfección nos lleva a un punto, el mismo a donde llegaron los humanistas clásicos, el de saber que la preocupación máxima del hombre debe ser el hom-

bre mismo para estudiarlo y comprenderlo con todo lo que eso implica de interés por su vida y de respeto por su esfuerzo creador".

Leído y meditado ese tan aleccionador discurso, absorbido e integrado en nuestra mente, cabe continuar con temas de cultura general, uno de los cuales me llamó especialmente la atención y que fue publicado en la Sección Laberinto de Milenio Diario, el sábado 16 de abril del año en curso y cuyo título "España sin ti" estuvo a cargo del escritor mexicano David Toscana y del que extraigo y transcribo un más que aleccionador párrafo: "Salí del museo y tomé por la calle Cervantes. Entonces me puse a pensar que la libertad de caminar por esa y otras calles madrileñas estaba vedada para ciertos gobernadores, políticos y empresarios de mi país. Ahí me vinieron las sabias palabras de Don Quijote: 'La libertad Sancho, es uno de los más preciados dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra ni el mar encubre; por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida y por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres'".

Hasta aquí uno de los párrafos escritos por Toscana. ¿Cultura ante al cáncer que corroe las entrañas más profundas de nuestro país?

A propósito de maldiciones como el cáncer, Sófocles (495-406 A.C.), poeta griego, autor de obras clásicas como *Edipo Rey*, *Antígona* y otras, en esta última hace mención a aquella maldición especial que aqueja a la humanidad, refiriéndose al dinero y al ejercicio del poder, al recrear la guerra y la consiguiente muerte de dos hermanos precisamente luchando por el poder gubernamental.

Vale la pena leer a un clásico como la *Antígona* de Sófocles.

Continuando con las maldiciones indiscutiblemente culturales que aquejan a la humanidad, y que repercuten en el médico, tenemos la del racismo, la del llamado "*apartheid*" palabra proveniente de países como Sudáfrica y que significa separación en un idioma mezcla de alemán y neerlandés.

El juramento hipocrático del que surgen diversas interpretaciones como "ninguna consideración de posición económica, rango social, raza, religión o credo político, harán cambiar mi generosa atención hacia mis semejantes", posición elemental del médico consciente de sus deberes, de sus conocimientos académicos, de su cultura general misma que lo conduce hacia la comprensión del entorno y de la dinámica del enfermo, lo que en conjunto y a su vez, le proporciona un verdadero sentido de la vida, haciéndose eco de aquel aforismo expresado por Martin Luther King (1929-1968), pastor estadounidense de la iglesia bautista en lucha contra el *apartheid* norteamericano contra las personas de raza negra: "Si no puedes volar entonces corre; si no puedes correr, camina; si no puedes caminar arrástrate; pero por ningún motivo dejes de seguir adelante".

Cultura médica, ¿a qué se refiere?, simplemente a los conocimientos reservados para los médicos y las ciencias afines, pero también con referencia explícita al común de la gente. "De médico, poeta y loco, todos tenemos un poco", lo que en no pocas ocasiones complica la asistencia en la salud del enfermo, mismo que por sus condiciones étnicas ancestrales que lo instruyen de conocimientos de remedios y medicinas, ponen en entredicho las opiniones y diagnóstico del médico que no acierta a comprender la conducta antagónica del afectado en su salud, debido básicamente a que en su instrucción académica jamás se

incluyó la bioética, es decir, al estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida y de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos.

¿Y qué decir de la cultura gramatical? Si la circunscribimos a definirla como un conjunto de reglas para hablar y escribir correctamente un idioma, ¿cómo se puede concebir que un estudiante de medicina que cursó sus enseñanzas correctamente, que se tituló como médico –en la actualidad llamados, torpemente, "licenciados en medicina"– que presentó y pasó los exámenes necesarios para acceder a una residencia médica de especialidad, no sepa ni leer ni mucho menos escribir adecuadamente su idioma natal?; letra ilegible porque resulta ininteligible, numerosas y llamativas faltas ortográficas. Por otra parte, y refiriéndonos a la utilización del lenguaje oral para describir los procesos médicos, ¿cómo es posible que los profesionales ignoren por completo el origen de las palabras que utilizan para describir determinada enfermedad y peor aun cuando frente al paciente no aciertan a explicarle en un idioma entendible el padecimiento que sufre?. Esta es una cultura de la cual carecemos muy infortunadamente.

¿Qué es la medicina? ¿La simple prescripción de un medicamento? Si es así, debemos asumir que en lo que se refiere a la práctica de la curación de las enfermedades, esto constituye parte de la cultura médica que todos y cada uno de los habitantes de este mundo en mayor o menor grado, poseen, todos sabemos el efecto que tiene el té de hierbabuena, el ajo, la cebolla, la herbolaria y todos, de una forma u otra hemos prescrito esos "tratamientos" cuan-do asumimos el papel de médicos caseros, papel que proviene de nuestros ancestros. Luego entonces hay alguna diferencia entre este procedimiento y el que se lleva a cabo en los hospitales o en los consultorios? Es una cultura inexistente en la vida diaria, pero que debe de estar presente porque así lo es, en la educación médica. No se puede entender la relación médico paciente, sin que exista una explicación detallada y adecuada de los padecimientos en un idioma accesible que si bien es cierto procede de raíces latinas, griegas y otras, también lo es que es muy difícil transmitirle seguridad al paciente si éste mismo carece de una cultura que le permita entender adecuadamente el significado de una palabra, alopecia, queratosis, nefrosis, neuropatía, nefrostomía, colostomía, biopsia, trepanación, paratiroidectomía, etc. y no solamente este léxico especializado, sino también el significado de las enfermedades como íleo, colitis ulcerativa, coledocolitiasis, cistocele, hipospadias, etc.

La ética (parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre), la moral (ciencia que enseña las reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal), la deontología (tratado de los deberes y derechos), ¿son parte de la cultura? En las escuelas y facultades de medicina ¿se imparten cátedras que involucren estos conceptos civiles? La práctica hospitalaria y a nivel de consultorios por parte del médico, ¿reúne estos principios básicos en la cultura?

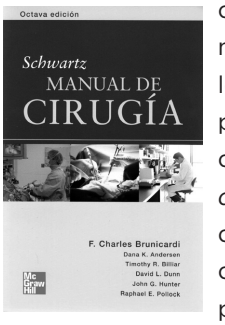
El antiquísimo método del trueque, ya descrito en el clásico juramento hipocrático, dignificaba en toda la extensión de la palabra la práctica del médico, situación que con el transcurso del tiempo y básicamente con la creación de la moneda de cambio (la maldición del humano, Sófocles *dixit*), dicho concepto se ha venido deteriorando progresivamente hasta convertirse y dar origen a la medicina mercantil

producto del salvajismo capitalista que permea en la actualidad y que induce al médico a poseer bienes materiales omitiendo la cultura del servicio humanitario.

Debemos reconocer que la cultura médica y la cultura general del médico, no se han perdido por completo, vamos, no es que se hayan perdido, es que por regla general nunca han sido partícipe de la educación médica y si bien es cierto que existen instituciones de beneficencia por ejemplo, Médicos sin Fronteras, Cruz Roja, los hospitales dependientes del sector gubernamental, que al menos han pretendido ejercer la medicina dentro de los lineamientos culturalmente aceptados, también lo es que de una u otra forma están penetrados por los aspectos económicos que generan, quiérase o no un deterioro de dicha práctica y que no es más que el reflejo de la inexistencia de una base cívico cultural en el ejercicio del profesional y de su equipo y allegados profesionalmente. Si el médico estuviese impregnado de la cultura del humanismo y tuviese la capacidad de transmitir esa cultura a todo lo que es el movimiento paraclínico, constituiría el ideal de dicho ejercicio.

El hecho de que el médico en la actualidad esté sujeto a interpretaciones, muchas veces injustas, por parte del paciente e inclusive por parte de las autoridades, de constituirse en un individuo soberbio, altanero y dedicado únicamente a la explotación económica, lo que se ve con mucha frecuencia en los diversos medios sociales en las que se desenvuelve dicho profesional, no es más que el reflejo de un ausencia de la cultura general que lo ha transformado, de ser un individuo confiable, familiar, cercano y con actitudes sacerdotales, hasta un individuo susceptible de ser demandado, encarcelado y sujeto a las variaciones de las diferentes bolsas de valores existentes en su entorno. ¿Cuál es el significado de que un médico con el afán de que se le reduzca el monto de su renta mensual, solicite multitud de estudios paraclínicos por el hecho de recibir "igualas" o de recibir participaciones monetarias de diferentes laboratorios clínicos haciendo lo mismo y por otra parte, cuál sería el significado de que el propio médico sea susceptible de ser comprado por la poderosísima industria químico farmacéutica que no solamente lo induce a prescribir determinado producto pudiendo utilizar otro con la misma indicación terapéutica o de menor costo, o bien, recibir gratificaciones por medio de becas de viajes y de organización de congresos y cursos involucrando a sociedades y academias e inclusive los llamados consejos?, no es más qué el reflejo de una ausencia total de cultura humanística.

Internet o la "súper vía" , cultura contemporánea difundida a través de las redes sociales, involucran el concepto de la práctica de la medicina y por consiguiente el médico adquiere esa cultura que por comodidad mal entendida omite el estudio no solamente de los clásicos sino de los artículos modernos



que además de proporcionarle conocimientos frescos lo convierten en lo que toda proporción guardada se le denomina médico de *vademecum* o el equivalente que es la desmitificación y de la denigración hacia la propia personalidad profesional. ¿Cuánta diferencia existe entre leer el clásico *Principios de cirugía* de Schwartz a estar impregnado de lecturas "culturales"?, como revisar los artículos e inclusive libros en los que se habla de la cura del cáncer a través de la herbolaria, del diagnóstico de enfermedades todas ellas por el hígado, por las enfermedades trasmitidas por el iris y la medicina alternativa que ,dicho sea de paso, tienen un enorme éxito

porque saben a ciencia cierta que el 50% de las enfermedades se curan solas, conocimiento del que carecen la inmensa mayoría de los médicos alópatas y que los médicos dedicados a esas ramas de la medicina conocen a la perfección y lo que hacen es reforzar la respuesta de autosugestión a través de "chochos", hierbas y demás, solo que agregado a lo anterior la relación entre el médico paciente es más noble que la que se suele tener en la medicina pública y privada.

El médico y la cultura, qué título tan difícil de ubicar en su contexto real; ¿es arrabalera? en la que se encuentra inmerso en la cura que van desde el Parkinson hasta las hemorroides habiéndose instruido en la lectura de la literatura médica editada por charlatanes o bien en la cultura que puede ser dividida en dos grandes aspectos: la tradicional sustentada en los valores clásicos y la "moderna" en la que generalmente se omiten esos mismos valores y predominan otro tipo de conceptos en la práctica diaria que giran alrededor de un verdadero mercantilismo que se plasma en la despersonalización de la relación médico paciente. En la que este último se convierte simplemente en un número, sujeto de experimentación clínica y expuesto a un sinnúmero de estudios para clínicos y de gabinete la mayor parte de los cuales no están justificados pero que a su vez, hacen que el médico pierda su sustrato clínico. Esto es una cultura, concepto que se sale de lo tradicional, siendo el reflejo de la cultura que se abastece de la terrible maldición de la humanidad, ya mencionada por Sófocles en líneas anteriores.

La sociedad actual, obviamente incluyendo al área médica, ofrece una felicidad paradójica; lo primero en la consecución de bienes de diversa índole todos de tipo material y la paradoja, curiosamente, en una carencia y por consiguiente desamparo emocional, lo que desde el punto de vista estrictamente médico, ha originado que se pierda el concepto de la medicina tradicional paternalista en la que el médico solía quedarse al pie de la cama del enfermo y participaba activamente no solo en el logro de una curación sino en la dinámica familiar del mismo, lo que culturalmente originaba que la profesión fuese digna y respetada, contrariamente a lo que sucede en la actualidad que ese paternalismo, para muchos con propósitos negativos, y para otros tantos con ribetes nostálgicos, haya originado el desprestigio actual, cada vez más notable del médico y de la medicina, ésta última incrementada por la voracidad y la corrupción de la industria químico farmacéutica, así como de la contratación masiva con las compañías de seguros, ilógica, igual de corruptas y cada vez más onerosa para el paciente y mísera para el propio facultativo, aspectos culturales actuales irrebatibles.

El médico, la cultura y la religión

Desde su primera infancia, el que va a ser médico se educa bajo principios sociales variados de acuerdo a cada idiosincrasia, solo que la inmensa mayoría de las ocasiones se ven influenciados por aspectos religiosos de acuerdo a las creencias particulares. Dentro de la cultura del médico, es indudable que estos aspectos religiosos van a influir en la toma de decisiones que de una u otra forma repercuten positiva o negativamente en el enfermo, pues no es lo mismo una toma de decisión por un médico altamente religioso o por un agnóstico, cada uno de los cuales desarrollará un contexto cultural definitorio que genera un entorno social diferente y que origina que el médico se vea desprovisto de su imagen profesional y se convierta en un ente social habitual, lo que a su vez origina una actitud culturalmente aceptada o rechazada por su propio entorno.

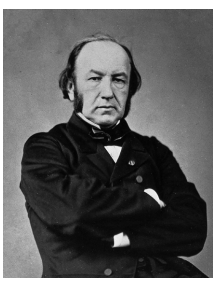
Médicos que se olvidan de su profesión y de su cultura propia para convertirse en escritores o relatores deportivos, cronistas de diferentes actividades, pero que jamás se despojan de su título y de su origen.

Profundizando en lo anterior ¿qué tanto influye el médico en una sociedad, un estado o un país?; desde esta perspectiva es indudable que el médico genera dos tipos de cultura, aquella que permite que la población se instruya impregnándose de los conocimientos médicos de su estructura, de sus alcances, de sus limitaciones y de sus progresos, a través de lecturas que no solamente incluyen el comportamiento médico en sí, sino los relatos que datan desde épocas muy antiguas y que en la actualidad perduran modernizando sus conceptos, hasta la generación de literatura barata –basura– que en la actualidad destaca por la gran cantidad de volúmenes editados y de la cual se le instruye a la población de situaciones tan ridículas y tan estrafalarias como "la mejor manera de defecar sin complicaciones".

El ejercicio de la profesión médica, tradicionalmente englobada en la academia con la pretensión de hacer partícipe a todos y cada uno de los integrantes y de ratificar que los conocimientos científicos no son privativos de una persona o de un grupo, sino que deben de ser compartidos y propagados, aspectos culturales dignos, se han visto superados desafortunadamente por un pernicioso hábito de una competencia desleal, amoral y antiética que incluye, sino a todos a la inmensa mayoría de las agrupaciones técnicas, sociedades, academias y consejos lo que a su vez origina una descomposición social y cultural de la relación médico con médico. La influencia de estas nocivas conductas no solamente está dada por la sociedad en la que el médico se desenvuelve, sino por una competencia encaminada no a la obtención de conocimientos que beneficien al paciente y a la humanidad, sino tristemente a la obtención de prebendas, reconocimientos y homenajes y al enaltecimiento del ego del médico, cuya percepción del profesional y se ve sometido a juicios desafortunadamente justos en muchas ocasiones, de haberse convertido en un mercader de la medicina. Lo que a su vez origina que la población en general cambie su concepción de la persona como facultativo, hacia la corrupción de la práctica burocratizándola y convirtiéndola en una pública y privada; la primera como hemos mencionado anteriormente, plagada de carencias, de insensibilidad y de dilación y la segunda plagada de despersonalización y de cargas económicas en detrimento del propio paciente que acude a esas instituciones que social y culturalmente se perciben como que lo único importante es la capacidad de compra de un estado de salud y que evoca lo que en una ocasión le preguntaron a Buda acerca de qué es lo que le sorprendía más de la humanidad y respondió: "Los hombres que pierden la salud para juntar dinero y luego pierden el dinero para recuperar la salud; y por pensar ansiosamente en el futuro, olvidan el presente de tal forma que acaban por no vivir ni el presente ni el futuro, viven como si nunca fuesen a vivir y mueren como si nunca hubieren vivido".

Con el transcurso del tiempo, y dentro de la cultura médica como parte integrante de la cultura general, el profesional ha confundido la finalidad de su práctica con una supuesta ciencia que de hecho existe, pero que no está al alcance del individuo común y en el que se ha perdido la práctica del arte de la curación y como suele suceder en algunas especialidades, por ejemplo en la dermatología, en la que el médico sustituye sus conocimientos académicos con prácticas que asume como "complementarias" y encaminadas a deslumbrar al paciente haciéndole suponer una práctica de una

ciencia diagnóstica, se utilizan linternas con luz ultravioleta, lentes con enormes aumentos y preparaciones personales de sustancias que ellos mismos enajenan, ya que el desarrollo tecnológico lo ha impulsado a ser un médico de laboratorio que se dedica a ver la célula y que trata de publicitar y ofertar de modo visual y explícito sus servicios. El miedo a la pobreza, a la pérdida de un estatus social consigue manipular las conductas médicas y envolverlo en una cultura despersonalizada con una medicina enfocada en el desarrollo o utilización de métodos ultramodernos para la curación del paciente, máxime si el lugar donde se proporciona la atención está provisto de mobiliario última generación y equipo médico ultramoderno en el área privada que las más de las veces solo se utiliza para precisamente deslumbrar al paciente.



Claude Bernard hace referencia al hombre como una entidad biopsicosocial, curiosamente, Buda hace lo mismo y significativamente el Islam, el judaísmo y el cristianismo en general definen a la humanidad en las mismas condiciones, aunque con diferentes interpretaciones que obviamente se relacionan con sus creencias religiosas, pero en esencia viene siendo lo mismo. La lectura y el entendimiento de las culturas religiosas en relación con la medicina a las que se suma el concepto filosófico como el budismo, son parte integrante de la compresión de los mecanismos de la enfermedad, de la respuesta individual del enfermo ante un mismo estímulo, de la interpretación conductual referida al entorno social, cultural y económico y sobre todo a la compresión de los mecanismos propios de la enfermedad y por consiguiente de la conducta del médico que gira alrededor de su cultura general.

"*Ojalá que los muchos seres sensibles*
que están enfermos
sean rápidamente liberados de la enfermedad
y que todas las enfermedades de los seres
no resurjan jamás."

Mantra Budista.

CAPÍTULO
32

El CIRUJANO GENERAL Y LA POESÍA

Dr. Felipe Pérez Gallardo Tello

La poesía es un género literario para expresar todo lo hermoso con palabras acomodadas en forma de versos o con sencilla prosa. Armando Fuentes (Catón) opina que los humanos hacen las palabras en la misma forma que el tiempo hace el diamante en bruto. El poeta las toma y les da brillo, como hace el lapidario con la piedra, y las convierte en joyas. Cuando se encuentren, hay que guardarlas para que abrillanten nuestras oscuridades con su luz.

Iniciaré este capítulo informando al lector que las principales fuentes bibliográficas en las que me he basado para escribirlo, son los libros de poesías escritos por el Dr. Ricardo Pérez Gallardo Morante, titulados, *Antología de Escritores Médicos Mexicanos*[1] y *Evocaciones*[2]. Él fue mi padre, por ello quiero dedicar y honrar estos renglones a su memoria. Nació en 1911[3]; se tituló como médico en 1935 con la curiosa tesis: "El complejo enfermedad", en la que ya manifestaba su cualidad y calidad de buen escritor al postular y defender el argumento de la complejidad de los padecimientos, postulaba que si bien en algunos padecimientos se puede aislar lo psíquico, en otras contribuye a la etiología para alterar la biología. Siempre fue un médico humanista. En 1937, en el Hospital General, se hizo cargo del gabinete de investigación clínica dependiente de la UNAM. Dos años después, el rector Dr. José Aguilar Álvarez lo nombró anatomopatologista", junto con el Dr. Mario Salazar Mallén y el Dr. Marcelo del Razo Ulrich concursaron y los tres ganaron plazas de Patología General. Pero el Dr Raoul Fournier cambió el plan de estudios de la Facultad de Medicina y convirtió esa plaza en la de Historia y Filosofía de la Medicina, lo que acabó de orientar más su vocación de amante de las letras y de escritor. Más tarde, en 1957, ellos fundaron la Sociedad de Historia, el Dr. Pérez Gallardo fue nombrado su primer presidente; en 1969 renunció a ella; pero en 1975 fundó una nueva, la Sociedad de Escritores Médicos con sede en el aula de la planta baja del hospital de su propiedad, el Sanatorio Notre Dame, localizado en la Avenida Chapultepec, calle sobre la cual, en esa época, existían numerosos hospitales pequeños. Esta sociedad aún permanece activa dirigida por el autor de estas letras.

Siguiendo con la antología de mi padre, comenta al igual que Max Aub: "Hay tantas antologías poéticas por el aire como gustadores de poesía en la tierra". Con esta idea en mente juntó su propia antología incluyendo la obra literaria dispersa e ignorada de los médicos mexicanos.

Afirmaba que toda poesía es un documento, por lo tanto toda antología es un interesante documento humano. El médico en función de su hermosa y terrible profesión, a la vez hermosa, es un ser receptivo en constante contacto con la miseria y el dolor de sus semejantes, que son como una caja de resonancia donde vibran y se amplifican las esperanzas y las desesperanzas, los gozos y los dolores, las risas y las lágrimas, que va recogiendo a través de una vida llena de expresiones milagrosas.

Mi padre opinaba que si el don de la expresión con palabras bellas y sencillas fuese concedido a todos los médicos, existiría una abundante literatura profundamente humana, patética y apasionante. Pero las más de las veces, el médico actúa y no escribe, se conforma con vivir su propia novela. Otros se atreven a hacerlo y logran páginas emotivas y sinceras porque van cargadas de amor, aunque ignoren el oficio de escritor y carezcan de agilidad, de elegancia y de estilo. Pero lo importante es el intentarlo. Otros llegan a integrar una minoría selecta, son los que nacen bajo "el signo de verbo", y bajo la obra y gracia de la santa poesía, convierten en bellos versos las angustias del hombre. En la literatura mundial abundan los nombres de médicos que han conquistado un sitial de honor entre los buenos escritores. En nuestra patria los hay, su nombre incluso ha rebasado nuestras fronteras.

En la introducción de su antología nos da una explicación del porqué los médicos escriben, con un poema titulado: "Para los Médicos":

Era preciso formar la antología.
Las canciones dispersas
se perdían en todos los caminos
y la gente murmuraba a menudo
–"Nunca supe que escribiera, doctor"–
Y es que esta alma nuestra
–atormentada y triste–
A veces escapa de la diaria faena
y se pone a cantar...
Poco sabe de retórica
ignora el juego sutil de la metáfora,
pero la visión delirante
de las noches insomnes
cristaliza en versos de intimidad.
Y hay que irlos buscando,
–tiempo es de cosechar–
son pedazos de nosotros mismos
y a nosotros deben retornar.

Reunió y publicó, en su antología, poemas escritos por médicos, mexicanos la gran mayoría, y su libro *Evocaciones* solo contiene poemas de su exclusiva autoría. Para integrar este capítulo he escogido poemas que tengan relación directa con el quehacer del médico y del cirujano, desde la época de estudiantes de medicina hasta la del final de la vida. Como en el libro de antologías, trataré de recordarlos siguiendo un orden alfabético de los médicos autores.

Empezaré con Manuel Acuña (1849-1873); la vida solo le alcanzó para ser estudiante de medicina. A los 24 años se truncó una vida que hubiera sido brillantísima. Ante un cadáver es un poema forjado en tercetos endecasílabos, influido por la cátedra de anatomía de la escuela de medicina que tanto impresiona a los recién ingresados jóvenes estudiantes:

¡Y bien, aquí estás ya... sobre la plancha
donde el gran horizonte de la ciencia
la extensión de sus límites ensancha.

Aquí donde la rígida experiencia
viene a dictar las leyes superiores
a que está sometida la existencia.

Aquí donde derrama sus fulgores
ese astro a cuya luz desaparece
la distinción de esclavos y señores.

Aquí donde la fábula enmudece
y la voz de los hechos se levanta
y la superstición se desvanece.

Aquí donde la ciencia se adelanta
a leer la solución de ese problema
cuyo solo enunciado nos espanta.

Ella, que tiene la razón por lema
y que en tus labios escuchar ansía
la augusta voz de la verdad suprema.

Aquí estás ya... tras de la lucha impía
en que romper al cabo conseguiste
la cárcel que al dolor te retenía.

La luz de tus pupilas ya no existe,
tu máquina vital descansa inerte
y cumplir con su objeto se resiste.

¡Miseria y nada más!, dirán al verte
los que creen que el imperio de la vida
acaba donde empieza el de la muerte.

Y suponiendo tu misión cumplida,
se acercarán a ti y en su mirada
te mandarán la eterna despedida.

Pero ino!... tu misión no está acabada;
que ni es la nada el punto en que nacemos,
ni el punto en que morimos es la nada.

Circulo es la existencia, y mal hacemos
cuando al querer medirla le asignamos
la cuna y el sepulcro por extremos.

La madre es solo molde en que tomamos
nuestra forma, la forma pasajera
con que la ingrata vida atravesamos.

Pero ni es esa forma la primera
que nuestro ser reviste, ni tampoco
será la última forma cuando muera.

Tú, sin aliento ya, dentro de poco
volverás a la tierra y a su seno,
que es de la vida universal el foco.

Y allí, la vida en apariencia ajeno,
el poder de la lluvia y del verano
fecundará de gérmenes tu cieno.

Y al ascender de la raíz el grano,
irás del vegetal a ser testigo
en el laboratorio soberano;

tal vez para volver cambiado en trigo
al triste hogar donde la triste esposa
sin encontrar un pan sueña contigo.

En tanto que las grietas de tu fosa
verán alzarse de su fondo abierto
la larva convertida en mariposa,

que en los ensayos de su vuelo incierto,
irá al lecho infeliz de tus amores
a llevarte ósculos de muerto.

Y en medio de esos cambios interiores
tu cráneo, lleno de una nueva vida,
en vez de pensamientos dará flores

en cuyo cáliz brillará escondida
la lágrima, tal vez, con que tu amada
acompañó el adiós de tu partida.

La tumba es el final de la jornada
porque en la tumba es donde queda muerta
la llama en nuestro espíritu encerrada.

Pero en esa mansión, a cuya puerta
se extingue nuestro aliento, hay otro aliento
que de nuevo a la vida nos despierta.

Allí acaban la fuerza y el talento,
allí acaban los goces y los males,
allí acaban la fe y el sentimiento.

allí acaban los lazos terrenales,
y mezclados el sabio y el idiota
se hunden en la región de los iguales.

Pero allí donde el ánimo se agota
y parece la máquina, allí mismo
el ser que muere es otro ser que brota.

El poderoso y fecundante abismo
del antiguo organismo se apodera
y forma y hace de él otro organismo.

Abandona a la historia justiciera
un nombre sin cuidarse, indiferente,
de que ese nombre se eternice o muera.

Él recoge la masa únicamente,
y cambiando las formas y el objeto,
se encarga de que viva eternamente.

La tumba solo guarda un esqueleto;
más la vida en su bóveda mortuoria
prosigue alimentándose en secreto.

Que al fin de esta existencia transitoria,
a la que tanto nuestro afán se adhiere,
la materia, inmortal como la gloria,
cambia de formas, pero nunca muere.

Siempre han existido grandes poetas a lo largo y ancho de la República Mexicana que han evocado con bellas palabras su entorno y sus recuerdos. Tal es el caso del Dr. J. de Jesús Becerra al dedicar sus versos al Hospital Civil de Guadalajara con el poema "A Mi Viejo Hospital":

¡Oh, mi viejo hospital!
¡Que dulce es tu recuerdo!
Hace ya muchos años
que dejé tu cobijo
y salí doctorado
a enfrentarme a la vida...
pero no la entendí.

Porque aún sigo siendo
el bohemio de entonces...
(un bohemio ya viejo,
displicente y cansado)
igual que en aquel tiempo
que en tu seno viví.

Y no he vuelto desde entonces
porque no quiero verte,
y ni pensar quisiera
cómo te habrán cambiado
tantos años de ausencia...
(El tiempo en su inclemencia
se lleva lo mejor).

Quiero llevarte siempre
prendido a mis recuerdos
como fuiste tú entonces:
callado... majestuoso...
severo... conventual...
con tus viejos sirvientes:

Don Lucio (el cancerbero),
Don Berna (el comisario),
"El sabio" (el boticario)
y las madres sufridas
que supieron amarnos
con fervor maternal.

Los austeros maestros,
inagotable fuente

de saber y bondad...
tus sombríos corredores,
la vieja biblioteca
que en sus libros polvosos
escondía la verdad...

Quiero pensar que aún vibran
en tus vastos salones
las risas y los gritos
que dejamos ahí...
las risas de estudiante,
la alegría quinceañera,
el calor y el abrigo
que en tu seno sentí.

Tal vez seas hoy más docto,
pero no más piadoso...
quizá seas más moderno.
Pero no más humano...
y en vez de galerones
tendrás flamantes aulas,
tu "bomba de cobalto"
y moderno quirófano.

Serán tus estudiantes
(vestidos a la inglesa,
perfectos caballeros
con aire doctoral),
dechados de sapiencia,
modelos de destreza,
orgullo de la ciencia,
galenos sin igual...

Pero aquellos bohemios
que entonces te habitaban
(alegres estudiantes
con pantalones rotos)
aquellos soñadores
que tanto te adoraban,
que entre versos y risas
el oro desdeñaban,
esos no volverán...

Hoy andan por el mundo
cumpliendo su misión;
devolviendo a la vida
lo que tú les brindaste;
lo que en años mejores
en su mente inculcaste;
un poquito de ciencia
y un veraz corazón.

Por eso yo no quiero
volver a contemplarte...
(es mejor un recuerdo
que una desilusión)
y prefiero, cual eras,
en mi mente llevarte,
añorando el recuerdo
del viejo caserón...

Mi padre heredó de su madre algunos volúmenes de la obra de la editorial francesa Donnamette volúmenes titulados *Biblioteca de Autores Mexicanos*, entre ellos figura el Dr. Manuel Carpio (1791-1860), donde se publicaron 45 poesías sagradas, 20 poesías descriptivas, 40 poesías históricas, cinco poesías morales, seis poesías fúnebres y 10 poesías eróticas. Esta clasificación la hizo el propio Carpio.

Nació en Cosamaloapan, Ver., a temprana edad se trasladó a la ciudad de Puebla donde estudió latín, filosofía y teología, pero terminó siendo médico cirujano, poeta y político.

También escribió epigramas con un excelente sentido del humor, como el siguiente[4]:

Luego que un mal asoma,
agua de Malvas o goma,
sangujuelas y sangría.
Y que el enfermo no coma.

Del Dr. Rodulfo Figueroa vale la pena mencionar el poema que dedicó a su maestro, el Dr. Juan J. Ortega, titulado: "Una Consulta":

Doctor, pues que me disteis un abismo
a fuerza de inclinaros ante un muerto,
y hoy en la intimidad del organismo
sabéis leer como en un libro abierto.

Pues en hondas y graves disecciones
habéis llevado vuestro estudio lejos,
y ordenáis de un vistazo las funciones
de aparatos variados y complejos,

Puesto que en el laberinto tan oscuro
sabéis marchar con la cabeza erguida
y a cada instante, con mirar seguro,
sorprendéis los arcanos de la vida

Pues que sois en la catedra inspirado,
en la palabra, cual ninguno, diestro;
y los que estamos siempre a vuestro lado
con respeto os llamamos el maestro.

Puesto que vuestra vida es un combate
que valiente libráis con la miseria,
y aliviáis el dolor que nos abate
observando el latido de una arteria.

Pues que forman milagros vuestro oficio,
y, aunque parezca a la carrera mengua.
Señaláis el lugar de un maleficio
viendo a veces tan sólo nuestra lengua.

Pues qué tanto –perdonad los puestos–
debéis hacer con vuestra ciencia oculta,
herido por dolores manifiestos
vengo haceros, doctor, una consulta,

Por la razón para nosotros obvia
de que todo estudiante sin fortuna
ha de tener coloquios con la novia
a los pálidos rayos de la luna.

Yo también, por mostrar que no soy tonto,
de buscar mi Julieta me di trazas;
tuve la dicha de encontrarla pronto
pero mi amor pagó con calabazas.

Me dijo que a su lado soy un niño,
que nada tengo de gentil Romeo,
y que me retiraba su cariño
por simple, sandio, insustancial y feo.

¡Si vieras que lindezas me contaba
a la luz de la luna mi Julieta!
de todas mis desgracias no tragaba
mi trasnochado aspecto de poeta.

La abandoné bajo el enorme peso
de abrumador abatimiento injusto,
pero a veces a solas me confieso
que hay niñas, aunque pocas, de buen gusto.

A pesar de lo mucho que me aflijo
viendo el sino fatal de mis amores,
¡vaya si no hizo bien cuando me dijo
que me fuera a paseo con mis flores!

¿Qué ilusión puede hacer un papamoscas
a una virgen de luz y de poesía,
si lanza, en medio de actitudes hoscas,
miradas de carnero en agonía?

Yo padezco, doctor. un mal extraño
que lo llevo encarnado no sé dónde,
después de herirme con profundo daño
cobarde y vil a mi furor se esconde,

en una enfermedad que me destierra
de las farsas del mundo en el proscenio,
que siempre está con mi existencia en guerra
y que se llama: cortedad de genio.

Muchas formas los síntomas afectan
de mi dolencia indefinible y rara:
cuando miro a una hermosa se me inyectan
todos los capilares de la cara.

Siento que el corazón acelerado
multiplica en mi pecho sus latidos,
y por tantas angustias conturbado
siento mucho calor en los oídos.

¡En qué estado me deja, Dios eterno,
ese tormento inacabable y rudo!
¡Ni en los profundos antros del infierno
sudan los condenados lo que sudo!

A mi cansada voluntad reacias
se empeñan en brotar las tonterías:
por ejemplo, en lugar de muchas gracias,
¡cuántas veces he dicho: buenos días!

Para toda mujer es un contento
escuchar un piropo en cada labio,
pero maldito lo que yo les cuento
y entonces, sin quererlo, las agravio.

Hace poco encontré a la excompañera
que dejé tantas veces a la aurora,
acongojado le dejé la acera
y le di un empellón a una señora.

Buscad, doctor, con insistencia y calma
la enfermedad oculta que me hiere,
que al fin, la disección del alma
es la misma del cuerpo, si se quiere.

Arrojad ese huésped inoportuno
que probó mi existencia de dolores,
haced con vuestra ciencia, que ninguno
me sorprenda cambiando de colores.

Haced que en nuestra eterna mascarada
camine disfrazado entre la gente,
que no puedan leer de una mirada
delatores letreros en mi frente.

Dadme verbosidad hasta en los codos,
porque sabéis muy bien que en nuestros días
es chico más donoso, el que entre todos
amontona mayores tonterías.

Sobre todo, doctor, haced la cura
de mi manía de escribir canciones;
por esa malhadada desventura
no aprovecho mejor vuestras lecciones.

Os vivirá por siempre agradecido
si lográis formular esa receta,
el notable discípulo que ha sido,
¡el último en las clases por poeta!

Del Dr. Rubén Leñero, además de ser un excelente cirujano, también incursionó en la poesía. Su nombre se ha perpetuado con el Hospital del Departamento de la Ciudad de México que lleva su nombre. Escribió, entre otras muchas, la bella poesía nombrada :"Auto de Fe":

Yo soy un solitario que vive tristemente,
un náufrago que enciende los fuegos de su mente
rimando los recuerdos de un loco amanecer.
Yo soy un cenobita que lleva la amargura,
de flagelar sus ansias con mística locura
gozando los perfumes divinos del ayer.

Busqué en los libros el porqué de las cosas,
aspiré en los senderos, el olor de las rosas,
llamando algo imposible que fuera mi divisa;
y la irónica esfinge me sonrió compasiva
al llegar a la meta sin mi fe primitiva
y el raudal de mis sueños convertido en ceniza.

Hermana que a mi vera pasas, devotamente,
a rezar en la iglesia con palabra inocente

la oración que de niña aprendiste a rezar,
purifica mi vida con tu mirada santa
y apaga la lujuria que ahoga mi garganta
nutrida en las orquídeas de las horas del mal.

De lo mucho que escribió mi señor padre, solo recordaré tres poemas, el primero es "La Epístola a Clemente Robles":

¿Te acuerdas Clemente Robles?
¿te acuerdas desde el principio?
Fue en Nuestro hospital
que los dos nos conocimos.

Ya eras el joven maestro,
el cirujano más fino,
el técnico más completo,
el más audaz y atrevido.

Haz de perdonarme el TÚ,
sólo así puedo decirlo,
Tú, maestro y camarada
fuiste mi hermano y amigo.

La sala número dos,
entre ambos compartimos
y allí supe de tragedias
que nunca jamás olvido.

Las angustias del quirófano
las aprendí yo contigo
y tu mano tan segura
siempre me trazo el camino.

Nunca improvisaste nada,
todo estaba ya previsto
y tus disecciones eran
como páginas de libro.

A mi me llena de orgullo
y me complace en decirlo:
"debo a Don Clemente Robles
Lo que soy y lo que he sido".

El segundo, es el poema, dedicado al Dr. José Castro Villagrana, llamado "El Hospital Juárez":

Hoy te rindo mi homenaje
casa de duro cemento.
casa de pasillos largos
donde se mueren los ecos.

Casa de las salas blancas
Que reconstruye el recuerdo.
Y que he visto tantas veces
en mis sueños.

¡Cómo poder olvidarte
si allí conocí al enfermo
y supe por vez primera
lo que es un hombre muerto!

Si allí pasaron mis horas
al lado de los maestros
que con su sabia palabra
nos daban conocimientos.

Fue allí que escuché los llantos
y supe de los desvelos
en esas noches de guardia
y vigilias en asedio.

¡Hospital, viejo hospital,
casa llena de misterio
para todos los de afuera,
yo te conocí por dentro!

¡El hospital
no es una cosa de juego,
allí se manejan vidas,
allí se trabaja hasta el miedo!

Allí los minutos pesan
porque pasan en silencio
con un nudo en la garganta
y sobresalto en el pecho.

Allí los fracasos dejan
sus duras marcas de fuego
y queda huella indeleble
en el transcurso del tiempo.

Allí las cosas amables
nos enseñan a ser buenos
ese "que Dios se lo pague",
en los labios de un enfermo

nunca puede cotizarse
nunca puede tener precio,
lo mismo que una sonrisa
cuando es de agradecimiento.

Esas cosas que allí pasan
nosotros bien las sabemos
y viven atesoradas
en nuestro mundo secreto.

¡Por eso y por mucho más
que llevo yo muy adentro
hoy te bendigo, hospital,
y deshojo mis recuerdos
en el ara de tu nombre,
que al fin tengo para hacerlo
el reclinatorio humilde
de mis versos!

El tercer poema es el que, entrado en años, quizá redactó pensando en el final de su carrera como cirujano y como poeta, manifestó sus sentimientos con el poema, que llamó "Brindis":

En una encrucijada me encontré frente al destino...
¿Y qué? ~me dijo irónico.
¿Traes acaso las manos llenas con las ofrendas de la vida?
¿Puedes arrodillarte satisfecho frente al altar divino?
¡O es que has dado tanto que ya tu corazón rebosa?
¡Quizá ya estás cansado!
¡Se cansan tan pronto los mortales
que casi nunca llegan al tercio del camino!

¿Y que? ~dijo de nuevo.
Tú, que siempre hablabas. ¿Por qué has enmudecido?
Tú que soñaste con la gloria.
Tú que te asomaste al infinito.
Tú, que avizoraste la belleza.
¡Tu, que recorriste los senderos de la angustia
y ascendiste por la escala luminosa de los versos!
Ahora que estás frente al Destino,
¿por qué callas? ¡Por qué has enmudecido?
¿Y qué? ¿Acaso has olvidado
que las murallas del silencio
pueden derribarse con un grito?
¿Es posible que tus manos laboriosas
se hayan al fin entumecido?
¿Es que ahora tus rodillas
están definitivamente anquilosadas
y no puedes levantarte y seguir con tu camino?

¡Fue de esa manera,
como me increpó tan duramente mi destino!
¡Aguarda ~le dije~. No te vayas.
apenas brilla la primera estrella
¡aún es mi mano firme y sostendrá una copa
para brindar contigo!
¡Escúchame, Destino ¡Brindo por lo que me falta todavía
y habré de contestarte, cuando termine mi camino!

El Dr. Tomás Perrín, brillante patólogo y maestro de la facultad de medicina, dejó estampado su cariño a la enseñanza y a sus alumnos con el siguiente poema: "La lista de alumnos":

La lista de alumnos de un nuevo curso
espera su lectura sobre mi mesa
y, como en otros años, la nueva lista
a este maestro turba e inquieta.

Son nombres ignorados, desconocidos,
nombres que nada dicen; algunos llevan
un apellido ilustre. ¡Sabrán honrarle
o ha de tener en ellos desdoro y mengua?

¿Qué hombres para mañana mi lista aguarda?
¿Qué triunfos o qué angustias mi lista encierra?
Dentro de esos renglones habrá un alumno
(¿Cuál de ellos?) a quien dócil la fama espera;
fervor arrebatado para el estudio,
memoria de prodigio, mente despierta.
será para sus padres y maestros
maravilloso logro de una quimera
(Doctor "*Honoris Causa*" de la Sorbona,
en Europa prestigio, gloria en América)
y dejará en el mundo nuevas verdades
y su nombre en un aula de nuestra Escuela.

Pero también mi lista (por desventura
como la de otros cursos) un drama lleva;
que uno, dos, tres nombres (¿cuáles Dios mio?)
–juventud, alegría, talento, fuerza–
ha de borrar la muerte con saña absurda
sin que ciñan el lauro de una carrera,
dejando unos hogares como sepulcros
donde una madre, loca de angustia, reza,
donde un padre transido de dolor, yace
donde una casta novia su vida entierra.

¡Oh, si me fuera dado saber los nombres
de esos alumnos míos, los que nos dejan!
¡Cómo disculparía todas sus faltas!
¡Cómo celebraría todas sus réplicas!
¡Y, como, para ellos trocara en rosas
lo que de espinas tiene mi árida ciencia!

Con un hondo respeto la lista tomo,
cien nombres, cien misterios, en ella esperan,
ABAD, DON JOSÉ ANTONIO, leo en voz alta,
ABASCAL, DON FERNANDO; BAZ, DON ESTEBAN
(en cada nuevo nombre va un ruego mudo) :

~Señor. Vela por ellos. Que todos vean
llegar ese momento cumbre en sus vidas,
de recibir un título con mano trémula;
que, en el fausto docente de una alta cátedra,
o haciendo el bien en una callada aldea,
profesores de fama, o héroes anónimos,
en todos, largo apoyo México tenga
y termino mi lista: YÁÑES, DON CARLOS,
ZALDÍVAR, DON FRANCISCO, ZAPIAIN, DON CÉSAR...

El Dr. Antonio Sordo Noriega le dedicó al maestro, Dr. Isidro Espinoza y de los Reyes, se titula "Vida Médica":

La vida es dolor, solo dolor
Que nos lleva siempre de la mano
Entregando todo nuestro amor
Y queriendo al lobo como hermano.
Luchar, siempre luchar,
Llevando abierto el corazón;
entregándonos de continuo a los demás
Sin que sientan nuestra propia donación.

Morir, esperando confiados el morir,
con la sublime tranquilidad
del bien obrar, del bien vivir,
con la sonrisa de la eterna bondad.

Estoy consciente que la poesía puede llenar millones de bellas páginas, pero quiero terminar congruentemente el capítulo con el poema del Dr. Fernando Topete del Valle que nombró: "Oración del Cirujano".

Señor te pido que des a mi mano,
en cada intervención, seguridad.
Que al operar tenga yo calidad,
pensando que se trata de un hermano.

Que al llevar un enfermo al quirófano,
me guíe siempre la luz de la verdad,
que nunca el lucro, ni la falsedad,
desvíen mi buena fe, mi juicio sano.

Que siempre con espíritu cristiano,
A mi operado atienda con piedad.

Y si en mi profesión éxitos gano.
¡No despierten en mi la vanidad,
¡Es mi oración de cirujano,
Que te entrego Señor, con humildad.

Después de este poema termino el capítulo, refiriéndome a lo que el Dr. Alberto Llamas[2] dijo: "Cuando un hombre maneja la libertad del espíritu a través de la poesía, así como así como el don maravilloso de la salud corporal, se convierte en un ser mitad anécdota, mitad realidad que con solo mencionar su nombre, múltiples evocaciones surgen que comunican con la musa de la inspiración".

Referencias.

1. Pérez-Gallardo R. *Antología de escritores médico mexicanos*. Ed. Editora Latino Americana S. A. México D. F. 1966.
2. Perez Gallardo R. *Evocaciones.* Ed. Herrera Publicidad. Mexico D. F. 2009.
3. Cárdenas de la Peña E. *Tres poetas mexicanos de la era moderna*. Ann Med Hosp ABC. 2006; 51:84-89.
4. Fenig-Rodriguez. *Historia de la Cirugía de Puebla. En: Historia de la cirugía general en la república mexicana III*. Ed. G.Leon-Lopez G. y Campos-campos S F, Graphimedic. 2013; p.64-85.

CAPÍTULO
33

EL CIRUJANO GENERAL COMO LÍDER

Dr. J. Octavio Ruiz Speare

¿Cómo surgieron los cirujanos?[1]

Imaginemos a una familia hace decenas de miles de años en la cual uno de sus miembros cae enfermo o sufre un traumatismo. La desesperación es la misma que ocurre hoy: susto, angustia, miedo y la reacción refleja inmediata es la de "hay que hacer algo", lo que significa esperanza. Pero los que rodean al enfermo son gente común y corriente, no pueden curar, se necesita a alguien que sepa cómo, a un experto, a una persona de probada destreza... así aparece el chamán, el médico, el hombre que permaneció días enteros dormido profundamente en comunicación con los espíritus y despertó hablando lenguas extrañas. Es el séptimo hijo de un séptimo hijo, el que llama por su nombre a las estrellas y habla con los árboles y las flores, el que contuvo a la plaga, el que dominó a los animales y conoce a los pájaros y las bestias, el que puede recuperar objetos perdidos y adivinar el futuro, él sabe cómo. Pero seguramente el primer chamán o sanador que existió fue el cirujano. Antes de aprender a utilizar brebajes, cánticos, mitos, "curas", desde antaño había heridas, fracturas, abscesos, infecciones de tejidos blandos, hematomas subdurales, luxaciones, en fin, lesiones físicas que tenían que ser tratadas "con las manos". Desde esa época aparece el cirujano cuya definición es "el que trabaja con las manos".

Siete mil años antes de cristo los Sumerios de la Mesopotamia tuvieron a su curandero Asú quien desarrolló el lavado de heridas, vendajes, drenaje de abscesos y desinfección de heridas con vino y cerveza. Dos mil años antes de Cristo el *Zwaw* en Egipto practicaba la sutura de heridas, utilizó el cauterio para detener la hemorragia y el uso de la miel, la sal y el ocre en las heridas infectadas. El médico de los ejércitos romanos de la era precristiana introdujo el bisturí, las pinzas, la compresión para detener la hemorragia y el cierre de heridas. Sin embargo, aún después del renacimiento, el nivel científico y social de los cirujanos era muy bajo, el del "cirujano-barbero", rara estirpe de individuos que se dedicaban a cortar el pelo, arreglar la barba, sacar muelas, peinar pelucas, realizar sangrías, drenar abscesos y ocasionalmente realizar amputaciones. Enrolados en el ejército, como barberos estos individuos adquirían importantes destrezas quirúrgicas.

Con las descripciones de Andrés Vesalio (Anatomía) y posteriormente William Harvey (Circulación de la sangre) los progresos de la cirugía continuaron lentamente hasta que en el siglo XIX se introduce la antisepsia y la anestesia. Durante los últimos 500 años, los

conocimientos en el arte de la cirugía alcanzados con gran esfuerzo, sufrimiento, constancia, e investigación se han logrado transmitir de generación en generación de tal forma que los cirujanos modernos, siguiendo los mismos principios del chamán cirujano y del cirujano barbero pueden salvar la vida de alguien que ha sufrido un trauma grave, hacen desaparecer la angustia de una madre y el dolor de un niño con apendicitis aguda extirpar con toda delicadeza un tumor canceroso, brindar la oportunidad de vivir a niños con defectos cardiacos incompatibles con la vida y en aquellos que padecen lesiones irreversibles en órganos vitales, el cirujano puede sustituirlos con un órgano sano, el milagro del trasplante. El cirujano de hoy además de recibir la herencia de los conocimientos mencionados desde tiempos inmemoriales cuenta con la ayuda de una tecnología insospechada aún hace 40 o 50 años atrás y de la cual tenemos la fortuna de haber sido testigos.

El cirujano como líder

La palabra liderazgo la escuchamos y vemos cotidianamente en una gran cantidad de actividades que se mencionan en el radio, la televisión, periódicos, revistas, conversaciones cotidianas, actividades deportivas, acciones militares, en comités empresariales, políticos y de muchas otras índoles. Generalmente, el término liderazgo se identifica como una posición ocupada en una corporación, una posición política, señala a la cabeza o autoridad de un grupo, algo que se logra o se lleva desde el nacimiento, y muchas otras definiciones.

Antes de analizar las definiciones anteriores considero importante tomar muy en cuenta lo que en sus disertaciones sobre *El desarrollo del Liderazgo*, José Luis Taddei[1] menciona lo que no es liderazgo: Liderazgo no es una cuestión de jerarquía, no consiste en tener el control, comando o el poder, no es un atributo propio de los dirigentes de organizaciones, no es una cuestión de edad, que se recibe o se hereda, no es un papel que se adopta, no está reservada a ciertas personas, no se lleva en los genes ni es innata, y no lo tiene sólo por ser popular o por tener una personalidad cautivadora.

Existen múltiples definiciones para dar a entender el concepto de liderazgo, y líder, de muchas de ellas hemos seleccionado las que consideramos de acuerdo a nuestra experiencia y difusión de este tema, las más fáciles de entender y aplicar:

"Liderazgo es la actitud que mueve a la iniciativa de un individuo para cambiar el estado de cosas que deben ser cambiadas".

"Cuando alguien actúa para cambiar una situación que afecta a una persona, grupo o comunidad, eso es Liderazgo".

José Luis Taddei (2)

¿Cumplieron con estas tareas el chamán, el cirujano barbero, el cirujano del siglo XX y en la actualidad el cirujano moderno? ¿Esas acciones los convirtieron en líderes?

La importancia de la formación del líder clínico

El entorno actual y la visión del futuro en la atención de la salud se enfrentan a dos realidades. La continua elevación en los costos para la atención de la salud mucho de los cual se debe a el desarrollo de nuevas tecnologías, y el cambio en la pirámide poblacional, las personas viven más y hay incremento de los padecimientos crónico degenerativos. Ante este panorama hay necesidad urgente de modelos efectivos para el cuidado de la salud, que enfrenten las amenazas señaladas. La implemen-

tación de estos modelos dependerá de dos factores fundamentales: la implementación de equipos de salud efectivos y el manejo adecuado de las operaciones a nivel local (microsistemas clínicos).

Es evidente que los médicos clínicos influyen en ambos factores. En cualquier sistema de Salud, lo que haga o deje de hacer la persona que se encuentra en una posición de liderazgo tendrá un profundo impacto en el desarrollo institucional tanto en su relación con los profesionales de la salud que ahí laboran, como en la calidad y seguridad ofrecida a los pacientes[3].

El médico, como figura pilar en este campo está por lo tanto, comprometido a asumir la responsabilidad de su profesión y prepararse para este gran reto que con el pasar de los años se vuelve más crítico y menos certero. Deberá asegurar la salud de la sociedad y ser capaz de liderar el correcto funcionamiento de las instituciones de salud sin disminuir la calidad y la seguridad en la atención médica, pero lo más importante, deberá estar preparado para el cambio que esto implica y para esto será necesario el conocimiento y los principios para ejercer el liderazgo necesario para su función.

El futuro en el rediseño de los sistemas al cuidado de la salud y la mejora en su desarrollo dependen de la existencia de un liderazgo clínico en todas las áreas de una institución hospitalaria: áreas de hospitalización, departamentos clínicos incluyendo urgencias y terapia intensiva, unidades clínicas, áreas de quirófanos, de servicios auxiliares como laboratorio, imagenología, hemodinamia, en los departamentos de educación e investigación.

Para la formación de líderes clínicos se deben identificar individuos que sean ejemplo de humildad, con una curiosidad insaciable, que se haga cuestionamientos, con coraje, que traten de provocar cambios e ir más allá de las fronteras establecidas, lo que llevará a la institución a una mejoría implacable a pesar de que el resto prefiera la estabilidad, la familiaridad y estar en su "zona de confort".

Aún sin la autoridad formal, los únicos instrumentos que los líderes clínicos poseen son: su conducta, lo que dicen, cómo lo dicen, su ejemplo en la práctica diaria, una comunicación con lenguaje apropiado, y expresan el propósito de su equipo en términos de creación de valores, el ser de su interés curar las enfermedades, prevenir daño y cuidar al paciente.

El líder clínico debe preguntarse: ¿qué se quiere lograr?, ¿cuál es el mejor camino para lograrlo? ¿Qué se puede hacer para obtener mejores resultados?, y sobre todo si nuestro sistema está manteniendo en forma óptima la seguridad de los pacientes.

Históricamente el cirujano ha jugado un papel fundamental en el desarrollo de la medicina; en la actualidad el Departamento de Cirugía de cualquier hospital independientemente su nivel y categoría juega un papel fundamental para el desarrollo operativo, académico y económico de las instituciones de salud.

Un cirujano líder en formación debe entender que liderar es un arte, que además de tener el instinto natural que pueda existir para ejercerlo, es necesario conocer sus principios, su significado, y desarrollar los conocimientos y habilidades que unidos a la experiencia pueden fomentar su desarrollo.

En la literatura se describen diversos conceptos de cómo se puede adquirir el liderazgo en el campo de la cirugía[4,5,6], sin embargo, muchos de estos van encaminados a convertir al cirujano líder teniendo una visión más de productividad que de un verdadero liderazgo

clínico y sobretodo académico. A continuación se presentan cuáles son las cualidades y atributos que son consideradas fundamentales para convertir a un cirujano en un líder visionario, tomando en consideración lo aprendido de los maestros, de la experiencia profesional, la académica y de vida en el campo de la cirugía y dictando cursos y conferencias en el tema de liderazgo por más de 15 años. Estas habilidades son sencillas, fáciles de aprender y efectivas en su aplicación.

En La Tabla 1 se enlistan algunos de los cirujanos líderes más destacados tanto a nivel internacional como en México.

TABLA 1

- Hipócrates (460-370 a.C) Grecia
- Galeno (1300-200 d C.) Grecia
- Avicena 8980-1037) Persia
- Maimónides (1138-1204) Córdoba, España
- Andrés Vesalio (1514-1564) Bélgica
- Ambroise Paré (1510-1592) Francia
- Andrea Cesalpino (1519-1603) Italia
- William Harvey (1578-1657) Inglaterra
- Dominique Larrey (1766-1842) Francia
- Ignacio Semmelweis (1818-1865) Hungría
- Joseph Lister (1827-1912) Inglaterra
- Teodoro Billroth (1829-1894) Austria
- Alexis Carrel (1873-1944) Francia
- Walter Reed (1851-1902) E.U
- William Halsted (1852-1922) E.U
- Harvey Cushing (1869-1939) E.U.
- Charles H. Mayo (1865-1939) E.U.
- William J. Mayo (1861-1939) E.U.
- Owen H. Wangesteen (1898-1981) E.U.
- Peter Medawar (1915-1987) Inglaterra
- C. Walton Lillehei (1918-1999) E.U.
- Michael DeBakey (1908-2008) E.U.
- Richard C. Lillehei (1927-1981) E.U.
- Denton Cooley (1920 -) E.U.
- John S. Najarian (1927-) E.U
- Joseph. E. Murray (1919-2012) E.U.
- Thomas Starzl (1926-) E.U.
- Eduardo Santiago Delpin (1941-) Puerto Rico
- Eduardo Liceaga (1839-1920) México
- Francisco Montes de Oca (1837-1885) México
- Gonzalo Castañeda (1869-1947) México
- Gustavo Baz (1894-1987) México
- Bernardo Castro Villagrana (1924-1980) México
- Salvador Zubirán Anchondo (1898-1998) México
- Clemente Robles Castillo (1907-2001) México
- Manuel Quijano Narezo (1920-) México
- Fernando Ortiz Monasterio (1923-2012) México
- Alberto Peña Rodriguez (1938-) México

Habilidades necesarias para un liderazgo efectivo[8]

- La Curiosidad
- El Saber escuchar
- El Arte de Preguntar
- Estilo de Liderazgo
- Integridad Personal
- Imaginación
- La Autoridad
- Capacidad para tomar decisiones
- Saber dar Reforzamiento
- El Entusiasmo
- La Autosatisfacción
- La Inteligencia Emocional
- La Fortaleza Emocional

En todos los libros de texto y tratados en el campo de la cirugía tanto nacionales como internacionales se encuentran temas fundamentales como son la respuesta sistémica y metabólica al trauma, líquidos y electrolitos, infecciones, estado de choque, quemaduras, cicatrización, trasplantes y consideraciones es-

pecíficas de la patología quirúrgica de todos los aparatos y sistemas, su diagnóstico y tratamiento. En ninguno se hace mención de cómo se forma un cirujano líder.

Dentro de los miles de artículos y cientos de libros escritos sobre Liderazgo, me parece importante hacer referencia al libro publicado en 1984 por el Dr. Robert Wess *Los secretos del liderazgo de Atila*[9]. La mayoría de los libros sobre liderazgo están basados en personajes cuya vida y logros los representan como hombre o mujeres socialmente aceptables y han llegado a la cumbre en el campo de los negocios, la medicina, los deportes, la enseñanza, las artes, la religión y en actividades militares. En ocasiones es difícil extraer de estos libros, la esencia de los principios del liderazgo y más difícil aún es aplicar estos en nuestras actividades de la vida diaria. Ningún modelo o sistema para desarrollar liderazgo puede anticipar las circunstancias y situaciones en las cuales una persona ha de influir en las acciones de otras.

Consideramos que los temas expuestos por el Dr. Wess en su libro y especialmente las cualidades de liderazgo que se mencionan a continuación pueden explicar en una forma metafórica las emociones y sensaciones que un cirujano en formación en especial durante la residencia en cirugía y que son las que Atila exigía durante la instrucción que recibían sus "hunos"

Atila Habla[9]:

Cualidades de liderazgo

"Mientras nos hayamos reunido en este consejo, yo, Atila, he reunido mis pensamientos más íntimos referentes a las cualidades de liderazgo. Los conoceréis para que vosotros y vuestros subordinados podáis estar mejor preparados para dirigir a los hunos"

- "No existe una manera rápida de formar líderes, los hunos lo deben aprender a lo largo de la vida"

- Debemos enseñar estas cualidades a nuestros jóvenes guerreros si queremos que se conviertan en jefes experimentados.

- "Para dirigir hábilmente a nuestra nación debemos contar con jefes que posean entre otras las siguientes cualidades especiales, en la que las experiencias los harán maestros"

Estas son:

- Lealtad
- Valor
- Deseo
- Resistencia emocional
- Resistencia física
- Comprensión
- Decisión
- Anticipación
- Oportunidad
- Espíritu de victoria
- Seguridad en sí mismo
- Tacto
- Responsabilidad
- Credibilidad
- Tenacidad
- Fiabilidad
- Organización

Es el cumplimiento de lo que exigen las leyes de la fidelidad, el honor y la actitud de bien. Estar en desacuerdo no significa deslealtad y quien da su opinión debe ser escuchado.

Todo huno que participe o influencie acciones en contra de la tribu debe ser destituido en forma fulminante.

Valor

Los jefes deben ser valientes, desconocer el miedo y cumplir las misiones aceptando los riesgos del liderazgo. El papel de un jefe implica periodos de soledad, desesperación e igualmente en ocasiones sentirse objeto de burla o rechazo.

Deseo

Nadie se mantiene como jefe si no les guía un firme deseo personal, un afán en influir en la gente, los procesos y los desenlaces.

Nunca se debe de colocar a un guerrero en una posición de mando que no desea desempeñar.

Resistencia física

Los hunos deben tener jefes que sean capaces de soportar las exigencias físicas de sus tareas de liderazgo. Los jefes no pueden dirigir desde su lecho.

Comprensión

Los jefes deben desarrollar su comprensión; es decir deben saber, aprender y entender los valores de otras culturas, creencias y tradiciones. No deben confundir la comprensión con la simpatía. Ante todo hay que perseguir el bien de la tribu o nación mediante la diplomacia sutil o la acción en la batalla.

Decisión

Los jefes jóvenes deben de aprender a tomar decisiones, a saber cuándo actuar y cuándo no hacerlo. La vacilación y la indecisión desorientan y desaniman a los subordinados, a los iguales y a los superiores, por añadidura benefician al enemigo.

Anticipación

Por medio de la observación y de los instintos agudizados por la experiencia, nuestros jefes deben anticipar pensamientos, acciones y consecuencias.

Oportunidad

No hay fórmula mágica para desarrollar el sentido de la oportunidad. Con frecuencia se adquiere esa habilidad después de haber conocido el fracaso.

Espíritu de victoria

El deseo de ganar constituye una cualidad esencial del liderazgo. No es necesario ganar siempre pero sí las contiendas importantes. El líder que carezca de espíritu de competencia es sin duda un individuo débil, expuesto a conocer la derrota ante el más mínimo daño.

Seguridad en sí mismo

El entrenamiento adecuado, sin olvidar la experiencia, hace que se desarrolle en los jefes un sentimiento de seguridad en sí mismos, lo que les ayudará a arrastrar los restos inherentes al liderazgo.

Tacto

Un líder debe de aprender a calibrar las acciones personales y la de sus colaboradores. Los jefes nunca deben alabar o culpar a los demás por lo que éstos logran o dejan de alcanzar, no importa cuan gloriosas o graves sean las consecuencias.

Responsabilidad

Los líderes son los responsables de juzgar cuáles son las acciones que conviene llevar a cabo y cómo hacerlo. Ningún rey, jefe de tribu o líder subordinado debe consentir ser servido por quien no acepte la plena responsabilidad de sus actos.

Credibilidad

Los jefes tienen que ser dignos de credibilidad. Amigos y enemigos han de creer en sus palabras como en sus acciones. Los líderes que carezcan de credibilidad no obtendrán la influencia adecuada y deberán ser destituidos de cargos de responsabilidad lo más pronto posible, porque no son dignos de confianza.

Tenacidad

La cualidad de no cejar en su empeño es esencial en todo líder. El débil solo persevera cuando las cosas marchan bien. La perseverancia es la clave para el cumplimiento de misiones difíciles, para arrostrar situaciones de auténtico riesgo.

Fiabilidad

Un rey no puede observar todas las acciones de sus jefes subordinados, ha de confiar que estos se encarguen de hacer las cosas. Si hay algún jefe en el que no se puede confiar para que en cualquier tipo de situación, desempeñe sus funciones y responsabilidades, hay que relevarlo de inmediato.

Organización

- Sin un rebaño no hay pastor
- Sin un ejército no puede haber jefes para la batalla.
- Sin subordinados no puede haber líderes.

Los líderes controlan los intereses y el bienestar de sus subordinados, así como los propósitos que estos sirven.

"Aquellos de vosotros que seáis sobremanera ambiciosos podéis tratar de adquirir estas cualidades en un corto periodo. En cuanto a mí, Atila, he comprobado a lo largo de mi propia existencia, que el desarrollo de estas cualidades de liderazgo únicamente exige tiempo, estudio y experiencia. Solo unos pocos se quedan atrás. Aprended bien estas cualidades de liderazgo. Enseñadlas a los hunos. Solo entonces ampliaremos nuestra habilidad para conducir nuestra vasta nación del mundo"

–Atila–

De estos conceptos tomados de un personaje del Siglo IV, a través de muchos siglos muchos líderes más han contribuido al desarrollo del liderazgo, su conocimiento y aplicación.

"Debe considerarse que no hay nada más difícil de emprender, ni más dudoso en su triunfo, ni más peligroso de manejar que introducir un nuevo orden. El innovador se convierte en enemigo de todos los que se beneficiaban con el antiguo régimen y solo se gana la tibia aceptación de los que se beneficiarán con el nuevo ordenamiento"

–Niccolo Machiavelli, (1469-1527)–

"Nunca compitas contra alguien que no tiene nada que perder".

"La vida es una guerra contra la malicia de otros"

–Padre Baltasar Gracian, (1601-1658)–

"El Supremo Arte de la Guerra es someter al enemigo sin luchar".

"Si las instrucciones no son claras y las explicaciones y órdenes no son confiadas, la falla es del general".

"Conoce a tu enemigo y conócete a ti mismo y podrás pelear en 100 batallas sin un desastre"

–Sun Tzu, (544-496 a.C)–

–*El Arte de la Guerra*[10]–

"El resentimiento y las quejas no son apropiadas para uno mismo ni para los demás"

"Debes comprender que hay más de un camino para llegar a la cima de la montaña"

"Si deseas controlar a otros, debes primero controlarte a ti mismo"

–Miyamoto Musashi, (1584-1645)–

–*El Libro de los Cinco Anillos*–

Conclusión

El liderazgo del Cirujano del Siglo XXI requiere de diferentes habilidades que en el pasado, y aunque el *curriculum vitae* es aún importante, lo más importante son las habilidades de liderazgo de las cuales muchas, no todas, pueden ser aprendidas. Los líderes actuales tienen la obligación de desarrollar a los líderes del futuro. En el liderazgo de las ciencias de la salud la única constante es el cambio.

El Cirujano líder debe estar clínicamente activo para liderar a sus residentes y adscritos, para estar enterado de los problemas, para satisfacer a sus facultativos y para satisfacerse a sí mismo. Tener en mente que todo líder debe saber retirarse a tiempo, ¿es esto aplicable al cirujano?[11]. Si enseñaste adecuadamente, tantos conocimientos, destrezas quirúrgicas y actitudes, un cirujano líder debe estar preparado para el retiro, para ver a los alumnos y seguidores actuar y triunfar. Hay que sentarse cómodo y disfrutarlo.

Referencias

1. Ruiz Speare JO, Barrón V A. *Cirugía... sudor y lágrimas*. JGH Editores .2000
2. José Luis Taddei(www.sigueme.net/liderazgo/)
3. Bohmer R. Leading Clinicians and Clinicians Leading. N Engl J Med. 368;16.2013
4. Kibbe M. *Leadership in Surgery*. Editorial Springer. New York 2015
5. Taylor B. *Effective Medical Leadership*. Editorial University of Toronto Press. Toronto 2010
6. Melina R. Kibble & Herbert Chen. *Leadership in Surgery*. Springer International Publishing. Switzerland 2015
7. Oran S, Conard S, Oran N. *The Art Medical Leadership*. Editorial Published by Wheatmark. Arizona 2015
8. Ruiz Speare JO. *Liderazgo en medicina*. An.Med. (Mex) 2014; 59 (3): 219-227
9. Roberts Wess. *Secretos del liderazgo de Atila (Leadership Secrets of Atila the Hun)*. Lasser Press Mexicana S.A. de C.V. México 2001
10. Tzu S. *El Arte de la guerra*. Editorial Coyoacán. México 1994
11. Sánchez M JF, Ruiz JO, Contreras A, Horta E, y cols. *Un análisis del retiro médico en el Centro Médico ABC*. An. Med.(Mex) 2013:58(2):142-146

CAPÍTULO
34

LA ESPOSA DEL CIRUJANO GENERAL

Dra. Patricia Palacios Álvarez de Vargas
Sra. Perla Lifshitz Ginzberg

El cirujano es un profesional diferente, aunque sin duda lo mismo podrían afirmar los arquitectos, abogados o ingenieros, la notoria diferencia del médico es trabajar con vidas humanas, con la imperiosa necesidad de brindar disponibilidad las 24 horas, cualquier día del año. El enfermo es muy celoso, de ninguna manera acepta quedar sin atención, no le importa si el facultativo ha laborado todo el día, si no durmió la noche anterior o si otros compromisos lo esperan.

Al mismo tiempo, sus obligaciones se extienden a cualquier hora, donde es indispensable no dejar un acto quirúrgico sin terminar o abandonar al enfermo sin cuidar la evolución. Ingresa a una cadena de responsabilidad de elaborar el diagnóstico, ejecutar la cirugía y vigilar el postoperatorio, sin fallar en ninguno de sus pasos.

En este momento es oportuno preguntarse ¿por qué una mujer se casa con un cirujano? Sin duda, ellas representan la parte pasiva de ellos y viceversa.

El comportamiento de uno lo quisiera tener el otro, son jóvenes que desean producir lo que el cirujano hace y en sentido opuesto, por ejemplo, el casado con una lectora o con una deportista quisiera pasar el día en la lectura o en el ejercicio, entre más haya ese tipo de identificación el matrimonio tendrá más posibilidades de ser exitoso.

Antes de continuar es necesario conocer la manera de percibir al cirujano por la mayoría de las personas:

La cirugía es la aristocracia de la medicina. Es estresante. Requiere agresividad.

El cirujano trabaja mucho tiempo desde el principio de su formación, por las guardias y las operaciones que consumen horas.

Son flexibles con los constantes cambios tecnológicos. Tienen el potencial de adaptarse a nuevas situaciones, por el bienestar del paciente. Son compasivos.

Les es indispensable la humildad, siempre deben estar dispuestos a aprender.

Dan seguridad al enfermo y a su familia.

Para un buen desempeño el autocontrol es fundamental. Son dominantes. Tienen necesidad de poder. Son competitivos. Disciplinados. Con fuerte concentración visual y mental. Los pacientes son primero. El cuidado de los demás es parte de su vida

Los médicos con frecuencia se casan con personas dedicadas a la salud.

El trabajo del médico exige mucho tiempo en el hospital. Llegan a casa tarde, cansados

e irritables, poco dispuestos a interactuar con la familia.

Prestan poca atención a la esposa en aras de su desarrollo personal y algunos estimulan a la mujer a buscar algo en qué ocuparse. De allí surgen damas independientes, destacadas en el ambiente laboral, en otra o la misma profesión, en las artes, en la cocina en los deportes. Buena parte dedican su esfuerzo a la crianza de los hijos. Aunque también algunas derivan hacia hábitos nocivos como el tabaco, alcohol, adicciones, infidelidad o trabajo excesivo. Dependerá de las condiciones psicológicas previas de ella.

Las mujeres se casan con figuras previamente sembradas por sus padres o abuelas, es común que existan familias donde predomina una profesión, el abuelo, el padre o el tío son médicos. Margarita Yourcenar escribió en su cuento *Clitemnestra* "Mis padres lo escogieron para mí; pero aun raptada por él sin que mi familia lo advirtiera, yo habría obedecido al deseo de mi padre o mi madre, porque nuestros gustos provienen de ellos, y el hombre que amamos es siempre con el que sueñan nuestras abuelas".

La mujer mexicana pasa mucho tiempo a solas. Tiene necesidad de contacto con los hijos, para compensar la exigencia emocional de ser tomada en cuenta como esposa y compañera

Tiende a ser abnegada, en ocasiones sumisa, dedicada a los hijos y al esposo, otras veces olvida su autoestima, se preocupa por quedar bien con la sociedad y la cultura, que la ha menospreciado a lo largo de la historia.

La novia del cirujano a menudo siente una gran admiración por él, ya que lo capta como salvador de vidas, su práctica profesional lo coloca en alto estatus social. El médico es respetado y aceptado en cualquier ambiente. Puede ser la envidia de algunas amigas por estar casada con un médico.

La mujer actual sale de su hogar para enfrentarse al mundo laboral. Al principio de la vida matrimonial suele subsistir con penurias económicas. A menudo la esposa trabaja para apoyar al marido mientras realiza la especialidad. Los sacrificios monetarios de la pareja son solventados por el amor existente.

Acepta las exigencias de trabajo del marido de acudir en medio de la noche, para atender a un paciente.

Admite que estar casada con un médico representa esfuerzo, calificado por algunas como doble lucha, comparado con el resto de las esposas de otros profesionales, por la obligación de ejercer confianza, comprensión, respeto e independencia.

En estadísticas reales, la mayor parte de las parejas de los médicos en Estados Unidos están satisfechas con su relación amorosa. De las 900 parejas de galenos que respondieron a la encuesta nacional, el 85% aseguraron encontrarse muy satisfechas con la relación y el 80% que volvería a escogerlo como pareja, si tuviera que elegir nuevamente.

Los largos horarios de trabajo reducen considerablemente la vida familiar, pero la bonanza posterior compensa esta desventaja. Sin duda, vale la pena sacrificarse en concesión de esa prosperidad.

De acuerdo a otro estudio, los médicos son poco propensos al divorcio, menos que los abogados, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Los años más difíciles son cuando están en la residencia. Durante ese periodo, los maridos suelen pasar muchas noches en los hospitales, con guardias frecuentes, con imposibilidad de asistir a eventos sociales e inclusive cancelar compromisos importantes, como acompañar a los hijos.

Renueva enojos por ausencias en eventos especiales. A pesar de los abandonos, la

esposa-madre compensa y contribuye con creces al desarrollo sano de los hijos.

Para entender mejor al cirujano, en relación a la forma desmedida de trabajar, en particular en la época de la residencia, según el sociólogo, filósofo y economista alemán Max Weber, afirma que el trabajo es una forma de salvar el alma, es de los principales aspectos que inciden en el desarrollo del hombre, sus condiciones repercuten en la calidad de vida, afectan el estado de salud, ánimo y relaciones interpersonales, se refleja en su desempeño laboral, realización personal y familiar. El trabajo construye al hombre y le da sentido a su vida.

Por supuesto no todo es miel, a la vez coexisten desventajas provocadas por las guardias nocturnas, pues a numerosas personas les produce trastornos del sueño, que muchas veces se extienden por varios años (insomnio, somnolencia diurna).

Todo lo anterior afecta la relación con la cónyuge, que se ve perturbada por la disminución del tiempo disponible para compartir experiencias y actividades cotidianas.

El calendario de trabajo determina el lapso que el cirujano comparte con su familia. El contacto con los hijos queda reducido en forma considerable, la ausencia del padre en el colegio, la supresión de actividades de los niños por el escaso horario de descanso del padre, puede ocasionar problemas. No son infrecuentes los sentimientos de culpa por convivir poco con hijos o consorte.

La relación se ve afectada, la esposa modifica estilos de vida para adaptarlos a horarios variables, además de enfrentar la soledad en la tarde, noche o fines de semana, a más de sobrellevar la irritabilidad del marido. Las actividades sociales compartidas pierden continuidad, no practican juntos un deporte, ni asisten al cine o a la iglesia.

Si el marido está de guardia no puede desconectar el celular ni dejarlo sin contestar, sus pacientes son primero. Estar casada con un cirujano significa aceptar que en cualquier momento, esté donde esté, la actividad sea interrumpida, en cualquier momento o cualquier día.

La esposa del cirujano en la literatura universal

Destacan en la literatura tres mujeres casadas con médicos/cirujanos. En orden cronológico Emma Bovary en *Madame Bovary* del escritor francés Gustave Flaubert (1857). En segundo lugar, pero tan importante como la anterior son los personajes femeninos: Tonya y Lara en la novela *Dr. Zhivago*, del ruso Boris Pasternak galardonado con el Premio Nobel de Literatura, en 1957.

La tercera también de gran trascendencia es la esposa del oftalmólogo, en el *Ensayo sobre la Ceguera*, escrita por el premio Nobel portugués José Saramago en 1998.

Madame Bovary

Esta novela adquirió gran notoriedad por mostrar el "realismo" de la historia, que triunfó sobre el romanticismo imperante.

Primera Parte.

Charles Bovary al terminar sus estudios de medicina en la Universidad de Ruan queda viudo. En el desempeño de su práctica profesional conoce a Emma, bella joven con quien contrae matrimonio. Ella se convierte en Madame Bovary, huérfana de madre, fue educada en un convento donde adquirió la afición a leer historias románticas, fantaseaba con una vida amorosa deslumbrante, pero enfrenta una cruda realidad, su vida es aburrida con un marido cuyo único objetivo es cuidar a sus pacientes, es un mediocre, de conversación "plana como una acera".

Segunda Parte.

Madame Bovary da a luz a una niña pero nunca asume su papel de madre. En esa época conocen a sus vecinos; entre éstas personas encuentra al joven León Dupis, de inmediato simpatiza con Emma por su pasión por el mismo tipo de literatura, los conduce a un amor platónico, por ello León se marcha a Ruan a continuar sus estudios.

Emma continúa en aburrimiento hasta que conoce a Rodolphe Boulanger, un don Juan consumado, queda deslumbrada por su poder económico. Se convierten en amantes. Emma escapa por las noches para ver a su enamorado y tan apasionada está que le propone huir con ella. Rodolphe acepta, pero en el momento de la fuga se va sin ella. La deja moralmente arruinada.

En el inter la Bovary ha contraído numerosas deudas en vestuario para complacer a su amante. Ella enferma por el despecho, con el fin de ayudar a la recuperación su marido la lleva a la ópera en Ruan, donde se encuentra con León, su anterior galán.

Tercera parte.

Emma finge asistir a clases de piano para encontrarse con León, su nuevo amante. Contrae más deudas, firma pagarés con los consecuentes problemas económicos a su familia.

Es abandonada por León, "para casarse con una mujer decente". No obtiene ayuda económica, por lo que decide acabar con su vida, ingiere arsénico en polvo y fallece. Posterior a esto la situación del marido es crítica, embargan su casa, descubre que Emma le era infiel, aun así no deja de amar su recuerdo. El señor Bovary fallece y deja en la orfandad a su hija quien es enviada con una tía. Por el desarrollo total de la novela, más de un lector odia a Emma.

Análisis

En la época cuando se publicó la obra desató grandes controversias. Casi de inmediato después de la publicación fue sometida a juicio por obscenidad. El autor de la novela fue absuelto.

La obra es el parteaguas entre la novela romántica y el realismo. Emma es el signo del cambio entre estas dos corrientes. El tema de la novela al inicio es romántico, al final se ve aplastado por la realidad.

Según Flaubert la novela tiene como objeto entender a la sociedad; su propósito es mostrar las cosas tal como son. O, en términos de Zolá, la novela se transforma en un estudio científico del "documento humano".

El premio Nobel año 2010, Mario Vargas Llosa considera a Madame Bovary la novela que más influyó en su carrera literaria.

Madame Bovary plantea temas comunes como el amor, el adulterio, la búsqueda de la felicidad. Es un personaje tan complejo como la vida, es bella, refinada, soñadora, confunde sus sueños con la realidad, culta, seductora, elegante, imaginativa, rebelde y al mismo tiempo muy egoísta, sin ningún instinto maternal, inmoral, infiel, víctima de sus lecturas y de ella misma. Busca la felicidad, cree encontrarla al casarse con un médico similar a los héroes de las novelas, después intenta conseguirla con amantes, pero como suele suceder en la vida real los galanes sólo la desean como objeto sexual.

Dr. Zhivago

La novela narra la vida de Yuri Andréyevich Zhivago, médico y poeta, ambientada durante la revolución rusa. Está casado con Antonina Aleksándrovna (Tonya) de la alta burguesía. El libro cuenta el drama íntimo de Yuri que se debate entre el amor que siente por su esposa y el enamoramiento apasionado por su

amante, Lara. Su vida trasegada por la guerra lo aparta de ambas.

Tonya es una mujer dulce y fiel, quien ama y admira profundamente a su marido, ya enamorado de Lara. La guerra civil en la que está sumergida Rusia los separa, ella junto con sus familiares cercanos emigran a Francia, nunca se vuelven a ver. Tonya es una mujer fuerte que ante las circunstancias de su matrimonio decide seguir con su vida y emigra a París para proteger a su familia.

Yuri Zhyvago es un médico, poeta, idealista, atrapado entre el amor fraternal que siente por su esposa y el amor hacia Lara. Es un personaje tibio, débil, contradictorio. No supo luchar por el amor de su esposa. Es el principal causante de la ruptura matrimonial.

Lara es una mujer sufriente, atormentada, parece extraída de una novela de Dostoievski, seducida y abusada por su padrastro, casada con hombre que no quiere, amante de Zhivago quien sin motivos claros la envía a brazos de su abusador.

El contexto histórico muestra una Rusia previa a la Primera Guerra Mundial, en paz pero con brotes de descontento social, evoluciona hasta la Revolución, el asesinato del zar Nicolás y la Guerra Civil.

En este caso la revolución jugó parte fundamental en la forma como se relacionó Tonya la esposa, con el médico, debido a la pérdida de la individualidad, los desplazamientos, carencia de alimentos y separaciones familiares.

La novela fue censurada por el primer ministro Nikita Krushev, quien tachó al autor de anticomunista y se le prohibió acudir a la entrega del premio Nobel. Después de su caída solicitó una copia del libro y exclamó esta novela no debimos prohibirla. Tenía que haberla leído antes, no es para nada antisoviética.

Resumen de Ensayo sobre La Ceguera de José Saramago

Y cuando el semáforo se puso en amarillo, un hombre pierde la vista, define su ceguera como blanca, ahí empieza una epidemia imparable, basta con estar en contacto con una persona afectada para contraerla.

El oftalmólogo consultado al percatarse de esta situación da aviso a las autoridades sanitarias de esta emergencia, él mismo queda invidente.

Las autoridades deciden recluir a los enfermos con el fin de detener la afección. Cuando pasan a recoger al doctor, la esposa decide irse con él a pesar de mantener la vista normal, pero no lo comunica a nadie.

Al llegar al centro de confinamiento la mujer del médico se hace cargo de un grupo de personas, las cuida de una cuadrilla que está obligando a las mujeres a cumplir sus peores fantasías sexuales, motivo por el cual organiza a sus compañeras para defenderse y matan al horrible líder.

Ocurre un incendio y logran escapar del lugar, la esposa del oftalmólogo traslada al grupo a un departamento y se encarga de proveerles todo lo que necesitan. Nadie sabe que ella puede ver. Finalmente, y de la misma forma que inició la epidemia todos recobran la vista. La mujer entonces pierde la visión.

El autor nunca menciona el nombre de los protagonistas para no proporcionarnos una pista.

La mujer del médico no abandona a su marido, afronta con serenidad cada situación que se presenta y ayuda a los que están a su lado. Es una luz y la única esperanza en un mundo caótico.

Ella es un ejemplo de mujer activa, solidaria con el marido y con los demás, con fuerza para solventar los problemas más arduos, afronta peligros, muestra la forma de trabajar en equipo.

La residencia de cirugía general en el extranjero, de la Sra. Perla Lishitz Ginzberg.

Viví muchas experiencias, unas bonitas y otras difíciles. Conocí al que iba a ser mi esposo tres meses después de su graduación como médico. Fue el año que presentó las aplicaciones para la residencia en Cirugía General, en Estados Unidos. Antes, fue a Miami tres meses a tomar un curso del idioma y de medicina. Regresó a preparar el pasaporte, visa y boda. Nos casamos en enero de 1968, en julio teníamos que estar en Nueva York, nos fuimos a fines de abril para conocer la ciudad, adaptarnos y practicar el idioma. Rentamos un departamento en un hotel en Brooklyn y en junio nos cambiamos al edificio de la residencia, un *studio apartament*, carecíamos de muebles y utensilios, compramos poco a poco lo necesario, dormimos dos semanas en el suelo hasta que nos entregaron nuestros dos sillones, de día eran sala y de noche camas, de diferentes colores café y azul. Era lo que había en la tienda y una televisión pequeña, mi compañera que me enseñó a hablar mejor el inglés.

En ese momento empezó la realidad de la residencia, guardias A-B, llegadas a casa a estudiar para seguir la especialidad piramidal. Sin familia cercana. Como todos los habitantes del edificio, provenientes de todo el mundo, estaban en la misma situación, éramos una gran familia con los mismos intereses y mismas necesidades

Había estudiado inglés en México, creía saberlo, pero cuando hablaba nadie me entendía. Entré a una escuela a la que asistían sólo puertorriqueños que tenían el mismo problema que yo. Mi maestra particular era la televisión. Meses después, ya embarazada de mi primera hija, me inscribí a un curso intensivo de seis meses en la *New York Univesrsity Adult Education*, yo era la más joven del grupo. Aprendí gramática, al finalizar, dominaba perfectamente el idioma. Me ayudó muchísimo, pues mi soledad ya no era tanta.

Me refugié en la cocina, me había gustado desde mi más temprana infancia, compré mi primer libro de cocina, hasta la fecha lo conservo, allí descubrí mi capacidad de experimentar e inventar, cualidad que me fascinó, hoy en día continúo disfrutando ese don. Ya podía leer en inglés, cocinar y entender los programas de la televisión. Así pasaron cinco años, nacieron mis dos primeras hijas, mi esposo siempre ocupado con guardias y estudio, sin familia en quién apoyarme, asumí decisiones difíciles sin ninguna ayuda.

Fueron años duros, pero me sirvieron para crecer y madurar mucho en nuestra relación de pareja, ya que estábamos solo el uno para el otro. Nuestras hijas nos ayudaron mucho a combatir la soledad.

Aprovechábamos los fines de semana para conocer la ciudad. Íbamos a museos, al *Central Park*, Manhattan, *Times Square*, al jardín Botánico de Brooklyn y otros muchos luga res de interés.

El regreso a México

Volver a empezar, buscar trabajo, casa donde vivir, escuelas para las niñas. Nos ayudaron las amistades previas a irnos. Fue complicado volver a adaptarse a México, buscar escuelas, las hijas se habían criado en otra cultura, con otro idioma, no sabían convivir con la familia, y un marido muy ocupado que aceptaba chambas para tener suficientes ingresos para afrontar los gastos de la nueva vida.

Yo estaba dedicada a mis hijas, trataba de ayudar. Cinco años después, la situación empezó a mejorar, tuvimos una tercera hija. Mi esposo, se iba también todos los fines de semana a laborar, yo me las tenía que arreglar con las tres niñas. Afortunadamente esta etapa fue corta, pero seguían las guardias, las llamadas a medianoche.

Años más tarde entró a trabajar al Centro Médico La Raza, al principio los descansos eran los lunes y martes, sábados y domingos no lo veíamos. Luego llegaron otros compromisos, hospitales particulares y otros trabajos.

Cuando mis hijas crecieron, entré a trabajar en el colegio donde estudiaban. Impartí el taller de cocina durante 22 años, estaba ocupada, hacía lo que más me gustaba. Ahora la vida es más tranquila, las tres hijas están casadas, tenemos siete nietos. Él aunque jubilado sigue ejerciendo la medicina privada.

Ahora desayunamos, comemos y cenamos juntos, viajamos, nos ejercitamos. Disfrutamos lo que durante muchos años no se pudo.

Lecturas recomendadas

1. Flaubert, G. *Madame Bovary*. Club Internacional del Libro. 1999. España.
2. Pasternak, B., *Dr. Zhivago.* Promex 1979, México, D.F.
3. Saramago, J., *Ensayo sobre la Ceguera*. Editorial Alfaguara 2001. México, D.F.
4. Slaughter F.G., *Esposas de médicos*. Circulo de Lectores 1967. México, D.F.
5. argas-Llosa, M. *La orgía perpetua*. Flaubert y Madame Bovary. Alfaguara 2014. México, D.F.
6. Yourcenar. M. *Fuegos*. Punto de Lectura 2001. Buenos Aires.

En Internet:

7. *El Juicio a los malditos*. www.revistaenie.clarin.com/.../Flaubert-Baudelaire-Madame-Bovary-Flores-mal_0_59.
8. *Madame Bovary* de Gustave Flaubert https://revistateatros.wordpress.com/ 2012/02/07/
9. Doctor_Zhivago https://es.wikipedia.org/wiki/ influenciadeltrabajoporturnoshttp://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdfhttps://consumer.healthday.com/public-health-information-30/marriage-health-news-462/el-despliegue-militar-afecta-a-las-esposas-de-los-soldados-635007.html

CAPÍTULO
35

EL CIRUJANO GENERAL Y LA LEGISLACIÓN

Por Jorge Alfredo Zendejas Vázquez

"Ningún hombre es tan bueno, que, al ser expuesto a las acciones de la ley, no sería condenado a la horca por lo menos diez veces."
Molière

Con una mezcla de entusiasmo y responsabilidad desmedidos abordo el tema encomendado por el Dr. Fenig "El Cirujano y la Legislación"; incluido atinadamente en el espacio que, a mi parecer, está dedicado a la ordenación del cirujano y le denominó "Lo que también debe saber el Cirujano General actual".

De antemano ofrezco disculpas al lector por hablar en primera persona, pero la invitación que recibí para participar en el texto fue explícita al puntualizar que se buscaba dar a conocer la experiencia acumulada durante los años de ejercicio profesional amén de trasmitir el cómo piensa el Cirujano, así como los seres con que se interrelaciona continuamente. Resulta obvio aclarar que nunca pude ni podré saber a ciencia cierta el cómo piensan los demás, no obstante, las manifestaciones conductuales y textuales de nosotros los humanos permiten inferir con un grado de aproximación elevado la verdad buscada. Sustantivamente señalaré pareceres que muestren tendencias a dar respuesta al cuestionamiento sobre ¿qué opinión les genera la ley a los Médicos/Cirujanos? Así mismo el cómo visualizan –quienes observan o aplican la ley– el buen o mal actuar profesional de los profesionales de la salud, sin omitir dar la opinión personal respectiva en calidad de Especialista en Cirugía General con 35 años de experiencia y 18 años como Especialista en Medicina Legal y Forense.

Partiendo del entendido que el término legislación[1] se refiere al conjunto o cuerpo de leyes por las cuales se gobierna un Estado o una materia determinada, se colige fácilmente que, para el desarrollo del tema encargado, de manera forzosa se tendrán que señalar las leyes que regulan a cualquier prestador de servicios de salud y en particular al Cirujano General. Ahora bien, ¿acaso la necesidad del conocimiento intrínseco de las leyes está restringida por aquellas que son regulatorias de alguna profesión?, o bien, ¿se precisa también del conocimiento, aprendizaje y/o uso de otras, más generales, para lograr un desarrollo social y laboral apropiados?

Tal parece que la respuesta a los interrogantes previos pudiera no ser difícil o no crear

conflicto toda vez que, viviendo en sociedad, estamos acostumbrados desde temprana edad a escuchar y discurrir sobre leyes de diferente origen, incluyendo aquellas que se encuentran encasilladas como "Leyes Ficticias"[2]. Luego entonces es común poner atención a sentencias —dadas por diferentes emisores y en diferente ámbitos— relacionadas con "la Ley del Talión"[3], "la Ley del más fuerte"[4], "la Ley de Dios"[5], "la Ley Campoamor"[6], "la Ley de la Gravedad"[7], "la Ley del Menor Esfuerzo"[8], "la Ley de la Oferta y la Demanda"[9], etc. Resultando obvio precisar que dichas leyes generalmente son conocidas, o al menos se ha escuchado al respecto, por personas tanto iletradas como ilustradas; aunque en las primeras bien pudiera apreciarse incertidumbre en el conocimiento exacto de su origen, significado, vigencia, efecto o trascendencia en su aplicación. No obstante cuando dichas leyes, o algunas otras, son citadas en charlas informales —con independencia de la preparación académica de los interlocutores— los alegatos resultantes se reputan como si se tuviera certeza de aquello que se afirma buscando salir airoso en la disputa…al final prevalece la razón de quien proporciona argumentos sólidos y con sustento gráfico, circunstancia que —dicho sea de paso—en la actualidad se encuentra de lo más accesible gracias al Internet y los teléfonos celulares. La explicación de la factibilidad de discutir asuntos relacionados con leyes, quiero pensar que es debido a una de las características que se les atribuyen: "la Generalidad"; esto es, que contienen una decisión en abstracto de situaciones particulares, referida a todos los posibles casos y situaciones fácticas que puedan darse, en el entendido que ello sea (o deba ser) del conocimiento de la mayoría.

Entre tanto, el lector se preguntará ¿desde cuándo es que al médico le hacen estudiar leyes? La respuesta es incierta y bien pudiera considerarse heterogénea toda vez que la escolaridad a la que nos sometemos los profesionales de la medicina así lo es. Habrá quienes estudiamos en escuelas del gobierno y otros en escuelas particulares, atendiendo al mandato de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)[10] en su artículo 3°. Luego entonces, para llegar a graduarse como tal, el médico debe acreditar haber aprobado los estudios primarios, los secundarios, los de grado medio-superior terminando con el grado superior (licenciatura) y, habrá otro número variable que continuamos con estudios de posgrado (es el caso de los especialistas en Cirugía General y Medicina Legal y Forense, entre otras especialidades). Así pues, en los programas de estudio secundarios y en los de nivel medio-superior (vocacional, bachillerato o preparatoria), se otorgan/reciben asignaturas como la Física, Química, Civismo, Literatura Universal, Historia, Ética, etc. y, dependiendo del profesor que otorgue las diferentes materias el alumno conocerá, en profundidad variable, la Ley de Gravitación Universal formulada por Isaac Newton, La ley de Ohm (electricidad)[11] postulada por Georg Simon Ohm, Las leyes de Mendel[12] "*Experiments in plant hybridization*"; así mismo, es probable que haya leído autores como Immanuel Kant[13] *Crítica de la Razón pura*, *Crítica de la razón práctica*, *Crítica del juicio*, *La metafísica de las costumbres*, David Hume[14] *Tratado de la Naturaleza Humana*, Thomas Hobbes *El Leviatán*[15] *El libro del Consejo (Popol Vuh)*[16], Charles Darwin El origen de las especies[17], Jean Jacques Rousseau *El contrato social*[18, 19], etc. Debo reconocer, en retrospectiva, que cuando recibí dicha instrucción no veía una utilidad práctica para la carrera de medicina que tenía en mente estudiar, sin embargo, al repasar la infinidad de aparatos electrónicos empleados del diario en la profesión (Electro cardiógrafo, electro-cauterio mono y

bipolar, ultrasonido, Rayos X, Tomógrafo, Láser quirúrgico, etc.) necesarios para integrar diagnósticos y ofrecer tratamientos quirúrgicos adecuados no puedo más que estar infinitamente agradecido con todos los profesores que me ilustraron e hicieron aprender aquellas bases que me permitieran entender el cómo y porqué es posible el empleo de cada uno de dichos aparatos, así como los riesgos implícitos *per se*, o bien, en caso de mal uso o abuso del recurso.

Lo destacable de los párrafos que anteceden —desde mi percepción selectiva— radica en que da pie a puntualizar someramente la génesis tanto de las leyes, del porqué de su aparición, así como la razón de su diferenciación. Conviene señalar que existen narraciones míticas conocidas como Cosmogonía[20] que pretende dar respuesta al origen del Universo y de la propia humanidad. En ella se nos remonta a un momento de preexistencia o de caos originario, en el cual el mundo no estaba formado, pues los elementos que habían de constituirlo se hallaban en desorden. En este sentido, el relato mítico cosmogónico presenta el agrupamiento —paulatino o repentino— de estos elementos, en un lenguaje altamente simbólico, con la participación de elementos divinos que pueden poseer o no atributos antropomorfos. En la cosmogonía judeocristiana el origen del mundo está presente en el *Génesis* y ahí se menciona la creación del primer humano. Al respecto me llamó lo atención *El discurso sobre la dignidad del hombre* de Giovanni Pico Della Mirandola[21] que traduce sustantivamente el pensamiento místico relativo a la creación del planeta tierra que prevalecía en Roma en el año 1486; transcribo un segmento: "Oh Adán, no te he dado ni un lugar determinado, ni un aspecto propio, ni una prerrogativa peculiar con el fin de que poseas el lugar, el aspecto y la prerrogativa que conscientemente elijas y que de acuerdo con tu intención obtengas y conserves. La naturaleza definida de los otros seres está constreñida por las precisas leyes por mí prescritas. Tú, en cambio, no constreñido por estrechez alguna te la determinarás según el arbitrio a cuyo poder te he consignado. Te he puesto en el centro del mundo para que más cómodamente observes cuanto en él existe. No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice de ti mismo, te informases y plasmases en la obra que prefirieses. Podrás degenerar en los seres inferiores que son las bestias, podrás regenerarte, según tu ánimo, en las realidades superiores que son divinas". Del análisis de la lectura se puede inferir la creencia de la existencia de leyes precisamente prescritas por "Dios" y que constriñen la naturaleza de "los otros seres". Obviamente, como Adán fue la última creación de "Dios" se sobreentiende que aquellas leyes existían antes de la creación del hombre. Valga señalar que este tipo de leyes —que podemos observar en la actualidad— son conocidas como "leyes físicas" siendo característicamente reglas no imperativas sino enunciativas que traducen una fórmula genérica lo que necesariamente ocurre en el reino de la naturaleza, ajeno a toda disposición humana[22]. Pertenecen por tanto al mundo del ser. Ejemplos de estas leyes son la ley de la gravedad y la relacionada con la electricidad (Ley de Ohm).

Continuando con el análisis del escrito aludido es de suponer que "Dios" le dio al hombre la potestad de poseer el lugar, aspecto y prerrogativa que conscientemente elija y de acuerdo con su intención obtenga y conserve. Lo cual, a mi parecer, pudiera resumirse diciendo que "Dios" distinguió al hombre con el poder de la racionalidad, de la conciencia y del libre albedrío. Lo antes dicho de manera sucinta lleva implícita la necesidad de desglosar cada concepto; sin embargo, resultaría profuso

en exceso y rebasaría el espacio que me fue concedido. Por lo tanto, en correspondencia y de manera simplista, puedo decir —asumiendo como veraz la prerrogativa otorgada por "Dios"— que resulta entendible y, hasta cierto punto, justificable la percepción de superioridad del ser humano sobre los "otros seres" si, y solo si, fuera el único existente de su especie; circunstancia dable si alguien naufragara en una isla desierta como fue el caso de Robinson Crusoe y Tarzán o, si se viviera en el desierto. Pero, desde el momento que apareció un ser de la misma especie —llámese Eva, Viernes o Jane— fue menester crear y aplicar "normas de convivencia" toda vez que debido a la conciencia hubo la distinción de lo mío, lo tuyo, lo nuestro y lo de ellos. La racionalidad permitió reconocer y seleccionar al más apto, al fuerte, al sensato, al virtuoso, al deleznable, etc. El libre albedrío, a su vez, determinó, sustancialmente, vivir en libertad —entendida como la facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera u otra y de no obrar— o, en sometimiento, entendido como el subordinar el juicio, decisión o afecto propios a los de otra persona. En ese orden de ideas, se entiende fácilmente la necesidad humana de ensalzar y propiciar la aparición y apego a preceptos dados por la Ética y las normas jurídicas que rigen la conducta de las personas en cualquier ámbito de la vida indicándoles lo que debe ser, en qué forma deben obrar para conseguir los resultados buscados procurando que la conducta sea recta; ejemplo de ello se muestra con preponderancia en la vida del médico a través del Juramento Hipocrático. No omito distinguir que el seguimiento de los ordenamientos aludidos se hace por convicción sin mayor obligatoriedad que la impuesta por la consciencia. Pero también enfatizo que, como resultado de la discrepancia virtual que puede surgir entre dos seres pensantes, brotó la necesidad de crear leyes que sugieren, entre otras cosas, imposición de preceptos dados por una autoridad competente. Resulta obvio considerar que la "Ley del más fuerte" fue de las primeras leyes en hacer aparición.

Ya que se dejó entrever el inicio virtual de las sociedades, antes de pasar a comentar lo referente a otro tipo de estatutos, manifiesto que concibo a la familia como la más antigua de todas las sociedades y la única natural; por consecuencia, el primer modelo de las sociedades políticas —obviamente influenciado por el razonamiento de Rousseau en *El contrato social*—. En dicho texto el autor establece que: "El jefe es la imagen del padre y el pueblo la imagen de los hijos". Para mayor entendimiento del concepto, y diferencia de la analogía, copio un segmento del libro que comento: "...habiendo nacido todos iguales y libres, no enajenan su libertad sino por su utilidad. Toda la diferencia consiste en que en la familia el amor del padre por los hijos le remunera de los cuidados que les presta, y en el Estado el placer del mando sustituye ese amor que el jefe no siente por sus pueblos." De la lectura de este texto clásico interpreto los cimientos y condiciones en que debe descansar toda sociedad, lo traigo a colación porque su creador deliberadamente precisa y hace énfasis al señalar las convenciones como base de toda autoridad legítima entre los hombres, anunciándolo en los siguientes términos "Encontrar una forma de asociación que defienda y proteja de toda clase común a la persona y a los bienes de cada asociado, y por virtud de la cual cada uno, uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y quede tan libre como antes [...] Estas cláusulas, debidamente entendidas, se reducen todas a una sola, a saber, la enajenación total de cada asociado, con todos sus derechos a toda la humanidad, porque , en primer lugar, dándose cada uno por entero, la

condición es la misma para todos, y siendo la condición igual para todos, nadie tiene interés en hacerla onerosa a los demás [...] Cada uno de nosotros pone en común su persona y todo su poder bajo la suprema dirección de la voluntad general, y nosotros recibimos además a cada miembro como parte indivisible del todo [...] Este acto produce inmediatamente , en vez de la persona particular de cada contratante un cuerpo moral y colectivo [...] recibe en este mismo acto su unidad, su yo común, su vida y su voluntad [...] Esta persona pública que así se forma por la unión de todos los demás, tomaba en otros tiempos el nombre de ciudad y toma ahora el de república o de cuerpo político, que es llamado por sus miembros Estado [...]"

Debo reconocer —en calidad de cirujano de especialidad— que las citas del párrafo precedente bien pudieran pasar por ociosas por no servirme de nada para integrar algún diagnóstico clínico y mucho menos para aplicarse en alguna técnica quirúrgica que me ayude a salvar o mejorar la vida de los pacientes a los cuales me debo y para lo cual me preparé profesionalmente. Sin embargo, también registro y enfatizo que resultan decisivas para entender el por qué se debe asimilar a la CPEUM como la Ley fundamental de Estado y la norma suprema del ordenamiento jurídico; sin dejar de comprobar que mucho de lo que ahí se lee guarda relación con los razonamientos de Rousseau, así como los de Hobbes[23] y Locke. Luego entonces, posterior a su debida comprensión —obviamente, aceptándome como integrante del Estado—, las miro y noto que me han permitido aquilatar y especular sobre el hecho que me haya tocado en suerte nacer en una sociedad cuya "soberanía nacional reside esencial y originariamente en el pueblo". Así mismo, que "todo poder público dimana del pueblo y se instituye para beneficio de éste". Y que "el pueblo tiene en todo tiempo el inalienable derecho de alterar o modificar la forma de su gobierno", todo ello acorde con su artículo 39. De igual manera, permite hacer reflexión tocante a que "es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, laica y federal, compuesta por Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, y por la Ciudad de México, unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental" tema del artículo 40, sin omitir señalar al Artículo 41, el cual, por su parte, indica que "El pueblo ejerce su soberanía por medio de los Poderes de la Unión, en los casos de la competencia de éstos, y por los de los Estados y la Ciudad de México, en lo que toca a sus regímenes interiores, en los términos respectivamente establecidos por la presente Constitución Federal y las particulares de cada Estado y de la Ciudad de México, las que en ningún caso podrán contravenir las estipulaciones del Pacto Federal". Resulta preciso complementar lo dicho señalando los artículos 49 y 50 referentes a la división de poderes, a la letra dicen: "El Supremo Poder de la Federación se divide para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial [...]" y "El poder legislativo de los Estados Unidos Mexicanos se deposita en un Congreso general, que se dividirá en dos Cámaras, una de diputados y otra de senadores", en correspondencia. Yendo a los alcances del último artículo señalado, toda la ciudadanía (incluyendo a nosotros los cirujanos) sabemos que quienes tienen la función y facultad de elaborar las Leyes en los Estados Unidos Mexicanos son aquellos que constituyen el poder legislativo.

Considero prudente recordar al lector que el término Ley deriva del latín *lex*, *légis*, el cual, de acuerdo con la Real Academia Española, en su tercera y cuarta acepción significa: "Precepto dictado por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo

en consonancia con la justicia y para el bien de los gobernados". Y "En el régimen constitucional, disposición votada por las Cortes y sancionada por el jefe del Estado", respectivamente. No sobra decir que, a diferencia de las leyes físicas (naturales o divinas) de las cuales se habló con antelación; éstas son producto del ingenio de los legisladores como parte y (de forma ideal) en representación e interés de la sociedad. Característicamente tienen que estar escritas para que se puedan leer, entender y aplicar acorde con sus términos; así mismo, tener validez, bilateralidad, protección institucionalizada, eficacia y legitimidad. Abundando en ese orden de ideas señalo que la ley presenta los siguientes caracteres: 1) Socialidad, esto es, que se dicta para el hombre en cuanto miembro de la sociedad y se dirige a gobernar las relaciones interindividuales. 2) Obligatoriedad lo cual supone una voluntad superior que manda a una voluntad inferior que obedece. 3) Origen público en virtud que emana de la autoridad pública. 4) Coactividad como característica propia de todo derecho en la ley mientras que aparece velada en las otras fuentes del derecho. Las sanciones de la ley son resarcitorias y represivas[24]. Ejemplos ostensibles de estos ordenamientos se aprecian en nuestro Código Civil Federal (CCF)[25] leyéndose entre otras cosas: "Las leyes, reglamentos, circulares o cualesquiera otras disposiciones de observancia general, obligan y surten sus efectos tres días después de su publicación en el Periódico Oficial [...](artículo 3°)"; "La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley, ni alterarla o modificarla [...](artículo 6°)"; "Contra la observancia de la ley no puede alegarse desuso, costumbre o práctica en contrario"(artículo 10°): "Las leyes mexicanas rigen a todas las personas que se encuentren en la República, así como los actos y hechos ocurridos en su territorio o jurisdicción y aquéllos que se sometan a dichas leyes, salvo cuando éstas prevean la aplicación de un derecho extranjero y salvo, además, lo previsto en los tratados y convenciones de que México sea parte (artículo 12°)", "La ignorancia de las leyes no excusa su cumplimiento [...]", (artículo 21°) y "El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito" (artículo 2615).

Aunque existen muchos tipos de leyes destaco de forma sustantiva: A) Leyes orgánicas (cuya especialidad deriva de su materia de régimen de aprobación, reconociendo entre ellas a las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y libertades públicas). B) Leyes ordinarias (las cuales al no estar definidas en la constitución se concretan por exclusión, esto es, tratan de materias que no están reservadas a las leyes orgánicas). Resulta de utilidad saber que la palabra ley, en el vocabulario jurídico, es una de las fuentes del derecho y por lo tanto uno de los modos en que se manifiestan las normas que regulan con carácter obligatorio la convivencia humana, la expresión sugiere de inmediato la idea de una orden, de una imposición, de un precepto establecido para orientar y dirigir la actividad de los hombres en la vida social. A manera de corolario, y orientando el rumbo al tema encomendado, denoto que la Ley General de Salud (LGS)[26] es una Ley ordinaria que, de acuerdo al señalamiento de su artículo 1°, "reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en

toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social [...]."

Puedo asentar sin temor a equivocarme que, en sentido estricto, la LGS ordena el actuar de todo trabajador de la salud (obviamente, nos encontramos incluidos los cirujanos). Si mal no recuerdo la estructura de dicha Ley está conformada por 18 títulos (con intercalado de tres títulos "Bis", el tercero Bis, quinto Bis, y octavo Bis), con sus respectivos y diversos capítulos; contiene en total 482 artículos (aunque deben contemplarse, además, al menos, 140 artículos "Bis") y los transitorios. Se complementa con Reglamentos en diferentes materias. Al cirujano, particularmente, le atañe el relacionado con la Prestación de Servicios de Atención Médica. En las disposiciones de la ley en comento precisa lo que se debe entender por salud (Artículo 1° bis) —en concordancia con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) —. Contempla como materia de salubridad general la atención médica (Artículo 3°). Fija a las personas físicas y morales de los sectores social y privados, que presten servicios de salud, como partes constituyentes del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Artículo 5°). Dispone que la coordinación del SNS estará a cargo de la Secretaría de Salud (SS), correspondiéndole a ésta, entre otras cosas: XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud; XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del SNS[27]; XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud (Artículo 7°). Señala que se debe entender por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y la colectividad (Artículo 23°). Clasifica en tres tipos los servicios de salud, marcando al de atención médica con el número romano I (Artículo 24°). Considera la atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias como servicios básicos de salud (Artículo 27°). Constriñe las actividades de atención médica en: Preventivas, Curativas, de Rehabilitación y Paliativas (Artículo 33°). Clasifica los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, en: I. Servicios públicos a la población en general; II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria (Artículo 34). Hago un intervalo, reparando en este último artículo, por considerar que traduce los sitios donde, de forma usual, se desarrolla laboralmente el cirujano; verbigracia en correspondencia: I.- Cualquier Hospital Civil de los Estados de la República y el Hospital General de México; II.- Cualquier Hospital, de segundo o tercer nivel, del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, etc.; III.- El Hospital de la Beneficencia Española, el Hospital ABC, el Hospital Ángeles, etc.

Cuando hice el estudio retrospectivo de mi vida interinstitucional, a nivel hospitalario, percibí como una realidad la adhesión implícita del grueso de compañeros de trabajo hacia el cumplimiento parcial de las múltiples leyes existentes incluyendo por supuesto la LGS, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (LIMSS)[28], la Ley Federal del

Procedimiento Administrativo, la Ley Federal del Trabajo (LFT)[29], la Ley Federal de Educación (LFE), la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos (LFRSP)[30], la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización (LFMN)[31], La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional (LR5°C)[32], el (CCF), El Código Penal Federal (CPF)[33], etc. Me quedó claro, sin embargo, y de forma paradójica, que probablemente menos del 20% de quienes trabajábamos en el nosocomio teníamos noción de esta realidad y el 80% restante concebían que exclusivamente se obligaban a seguir la normativa del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT)[34]; sin caer en la cuenta que, con ello, acataban en gran medida la legislación en comento toda vez que cualquier contrato colectivo se hace con base en la legislación sustantiva. Con la intención de darme a entender mostraré el caso hipotético de alguien que pretendiese ingresar como asalariado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Al momento de llenar la petición de acceso tendría que proporcionar, dentro de sus datos generales, su nombre completo, su nacionalidad, edad, sexo domicilio, estado civil, grado de escolaridad y escuela de procedencia. Con estos simples datos el personal administrativo del IMSS dispondría de elementos suficientes para darle trámite a la petición, debiendo cotejar y/o solicitar la veracidad además de correspondencia de la información dada con la documentación que se hubiese registrado. Así, se evidenciaría y satisfaría el cumplimiento de los derechos constitucionales del solicitante. Se sabría si se ha cumplido con el artículo 3° de la constitución de recibir educación obligatoria, se conocería si se ha respetado su derecho de identidad señalado en el artículo 4° constitucional. En caso que el solicitante aspirara a ocupar un puesto de profesionista se evaluarían los requisitos impuestos en la LR5°C para ese gremio. Por su parte, el IMSS tendría la obligación de hacer del conocimiento al peticionario el acuerdo escrito relacionado con su solicitud en un término breve, acorde con el artículo 8° constitucional. Suponiendo que fuese aceptado el solicitante hipotético para laborar como miembro del IMSS, debería existir un contrato que especificara, de acuerdo con la LFT, el tipo de trabajador como es admitido (base, a obra determinada, sustituto, de confianza "A" o "B"); adscripción y horarios (fijos o variables); Se le informaría del sueldo al se haría acreedor conforme el tabulador de sueldo base. Además, si se asume que el recién contratado fuese profesionista médico, cirujano, anestesiólogo, patólogo, radiólogo, residente, enfermero (a), químico fármaco-biólogo, etc.; con independencia de lo que le prescribe su CCT, tendría que ajustarse a lo dictado por las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), específicamente la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico[35] y/o la NOM 006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología[36] y/o la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas[37]. Todas ellas emitidas con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de

atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

El sentido común y la experiencia adquirida al otorgar cursos de preparación de peritos en cirugía general me advierten que la exigencia de anotar fundamentos (como los que acabo de transcribir en el párrafo previo) y señalamientos precisos con terminología legal en cualquier escrito hacen que su lectura sea tediosa y motive una resistencia pasiva del médico/cirujano hacia el estudio explícito de las normas que constriñen su actuar profesional y social. Sin embargo, comparto, también como aprendizaje adquirido, el que cuando se les hace notar la conveniencia y el porqué de ello, ostensiblemente se aprecia en la audiencia una convergencia de aceptación irrestricta hacia la modalidad impuesta en el común denominador de los casos. Tratando de darme a entender indico que en similitud con lo que hacemos los médicos cuando estudiamos alguna técnica novedosa donde prestamos atención a la justificación del procedimiento propuesto, al contraste con las técnicas existentes, al sustento físico, fisiológico, químico, de reacciones o efectos adversos, de experiencia experimental, del lugar de procedencia de los estudios, de su validez, de la aceptación por pacientes previamente tratados, etc., aunque con toda probabilidad todo ello esté descrito en el desarrollo del texto, lo cotejamos con la bibliografía que apoya lo estatuido y, derivado del análisis realizado, es que decidimos poner, o no, en práctica la técnica ofrecida; es más, dependiendo de los resultados obtenidos en nuestro entorno y práctica individual o grupal, en función de un tiempo prudente, será que se le dé el aval de idoneidad. Así, de igual manera, para generar o modificar alguna ley se sigue un largo camino; desde la observación de necesidad de crearla o modificarla seguida de la elaboración de la documentación gráfica con su respectiva justificación de argumentos y presentación del escrito a las cámaras de diputados o senadores prosiguiendo con el protocolo que obra en la Ley Orgánica Del Congreso General De Los Estados Unidos Mexicanos[38] hasta que salga publicada en el Diario Oficial de la Federación. Obligadamente, al inicio de su lectura, deberá contener los motivos y la fundamentación de su creación para que, antes de emitir un juicio inexacto, cualquier ciudadano tenga la oportunidad de analizar los antecedentes como parte de la lectura cabal para, posteriormente, criticarla a su antojo, pero... con conocimiento de causa.

Debo agregar que el acaecimiento del surgimiento legal no concluye con la publicación de la norma pues amerita darle seguimiento para evaluar, en la práctica, si se cumple el cometido o, en caso contrario, dar los pasos necesarios para perfeccionarla, derogarla o invalidarla. Tocante a ello les participo —con la debida modestia— que como miembro del comité de Medicina Legal del Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C. (CPCG) tuve la oportunidad de opinar de forma cumplida, en representación de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. (AMCG) y del propio Colegio, conforme a la revisión periódica y búsqueda de perfeccionamiento de la NOM del Expediente Clínico (en aquél entonces, NOM 168, SSA1, 1998.). A modo de moraleja les transmito que fui testigo presencial de la participación del gremio médico trabajando en congruencia con licenciados en derecho, todos ellos representantes acreditados de diversas Instituciones de salud, tanto del Gobierno Federal como de la iniciativa privada; disertando con base netamente empírica y sustento bibliográfico la conveniencia y trascendencia de modificar parcial o sustantivamente la norma existente. Pongo de manifiesto que el sentimiento derivado de

dicha experiencia se reduce sustantivamente a dos aspectos. El primero de ellos es de reconocimiento del error que compartíamos varios compañeros del gremio cuando opinábamos que daba la impresión que las NOM las elaboraban "funcionarios de escritorio", esto es, que no tienen experiencia empírica y que lo hacen exclusivamente con sustento teórico. En tanto al segundo fue, simple y llanamente, de utilidad para la sociedad mexicana y, por supuesto, para el gremio médico; obviamente, con el buen sabor de boca residual de experimentar, en carne propia, que se toma en cuenta la voz de cada uno de los participantes y prevalecen las propuestas que benefician a las mayorías. En otro enfoque del tema, con la intención de redondear la idea, señalo al Artículo 467 Bis de la LGS que reza: "Al que venda o suministre a menores de edad o incapaces, mediante cualquier forma, sustancias que se encuentren comprendidas dentro de los supuestos a que se refieren las fracciones IV y V del artículo 245 de esta Ley, se aplicará de 7 a 15 años de prisión". El motivo de la denotación es para mostrar un artículo legal que hubo necesidad de invalidarlo (esto es, que ya había pasado por todo el proceso previamente anunciado hasta su publicación y, posteriormente, en la práctica, se evidenció la imprudencia e inconstitucionalidad de lo legislado) pues, lo que era bienintencionado y convertido en parte de la ley para forzar su acatamiento, de no haberlo invalidado, su efecto hubiera sido mucho más perjudicial, tanto para la sociedad en general como para el gremio médico en particular, que el beneficio esperado. Convido al lector a dar lectura a la sentencia del juicio llevado a cabo en la Suprema Corte de Justicia para invalidarlo[39]. Ahí se hace evidente el privilegio que da la Ley al bien común de la sociedad.

Retomando el caso hipotético del aspirante a trabajar en el IMSS... Una vez que ingresara a la plantilla le presentarían al representante sindical correspondiente. Éste se encargaría de entregarle un CCT al tiempo de hacer de su conocimiento *grosso modo* sus derechos y obligaciones sindicales. De la lectura de dicho contrato el trabajador se percataría del estrecho nexo entre éste y LFT toda vez que se hace referencia aquella en 47 oportunidades; como prueba de ello cito tan solo el Artículo 5° del Reglamento Interior de Trabajo que reza: "Corresponde al Instituto expedir las reglas, instructivos y normas de orden técnico y administrativo a que se refiere el artículo 422 de la Ley Federal del Trabajo, para la consecución de las finalidades que tienen encomendadas por la Ley de la materia, debiendo ser acordes a las estipulaciones del Contrato Colectivo de Trabajo, Reglamentos y Profesiogramas." De manera similar, el recién ingresado a las filas del IMSS tendría que tener conocimiento de la LIMSS y del propio CCT, toda vez que dentro de los requisitos explícitos de prácticamente todas las categorías se observa de manera particular los números 32 y 33, que a la letra dicen: "Conocimiento de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos." Y, "Conocimientos del Contrato Colectivo de Trabajo y Reglamentos Especiales de Actividades; Reglamento de Escalafón; Reglamento Interior de Trabajo, requisitos, relaciones de mando, movimientos escalafonarios y actividades consignadas en el Tabulador.", respectivamente. Suponiendo que se da cumplimiento cabal a los requisitos en cuestión, el imperfecto partiría de la premisa que estaría sujeto a la LFRSP toda vez que en la LIMSS se lee: en el Artículo 5. "La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público,

social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo." Obviamente, sostengo lo dicho con base en lo que se lee en la CPEUM en su Artículo 108. "Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial de la Federación, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión o en la Administración Pública Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones". Lo cual se confirma en la LIMSS en el Artículo 303, leyéndose: "Los servidores públicos del Instituto, están obligados a observar en el cumplimiento de sus obligaciones, los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes y estarán sujetos a las responsabilidades civiles o penales en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público."

Estimo que el incipiente trabajador hipotético comenzaría afanándose en su desempeño, ilusionado con sobresalir e ir ascendiendo en la escala social y/o escalafón, confiado y sabedor que las reglas existen en forma de ley, vista con los ojos de Planiol: "es la regla social obligatoria establecida de modo permanente por la autoridad pública y sancionada por la fuerza", de suerte tal que, si se apega a la misma, difícilmente tendría contratiempos. Si bien, es cierto que, la inmensa mayoría de quienes iniciamos un trabajo, así vimos las cosas. En el caso particular del médico y, específicamente del cirujano, según mi parecer, dicho ímpetu es en grado superlativo pues, al salir de la residencia de especialidad, tenemos una desmedida intención de realizar procedimientos quirúrgicos, de cualquier índole, sin importar el turno u horario que nos asignen, pero...tarde o temprano nos percatamos de una realidad inequívoca, a saber: cualquier procedimiento quirúrgico, así sea el más pequeño, lleva implícito infinidad de acciones que involucran a un sin número de personas y/o servicios diversos y, por lo mismo, es improbable que se pueda lograr nuestra pretensión de incrementar la productividad quirúrgica. Doy un ejemplo tipo: suponga el lector que hay necesidad de realizar una disección en una vena de un paciente que se encuentra hospitalizado en el 6° piso de algún Hospital y que, por su constitución, no es posible canalizarlo. El cirujano es enterado y solicita un equipo de venodisección estéril a la enfermera en turno, ésta le da indicación a la auxiliar de enfermería que se dirija a la planta baja, a la central de equipos, a solicitar el equipo requerido además de batas estériles, campos quirúrgicos, guantes estériles, gorros y cubre-bocas; mientras ella se aboca a solicitar al personal de intendencia acerque al paciente una lámpara portátil y un par de bancos; a colectar las suturas, el catéter, el material de corte, el anestésico local, el material de curación para la fijación del catéter y preparar las soluciones que se le vayan a transfundir. Ya que se cuenta con lo necesario, se realiza el procedimiento en la cama del paciente o en la sala de curaciones. Salta a la vista que, para conjuntar los elementos necesarios para llevar a cabo este procedimiento quirúrgico simple, se requiere tiempo y disponibilidad coincidente de personal diverso, circunstancia que se dificulta en cualquier institución donde prevalezca la burocracia sobre todo en las proximidades de cambio

de turno, momento crítico en que tradicionalmente se reciben y entregan pacientes, instrumental, ropa, sillas de ruedas, camillas, pendientes, etc. Vale la pena advertir, a quienes no hayan vivido en algún hospital, que esos y más procedimientos son comunes y se encuentran reglamentados en manuales de procedimientos, distinguiendo las actividades que les corresponden a cada uno de los participantes acorde con su profesiograma, resultando obvio argüir que dichos manuales forman parte de la legislación de los trabajadores de la salud a nivel hospitalario.

Hasta aquí, me parece que habré mostrado elementos de juicio suficientes para inducir al lector hacia el entendido que los trabajadores del sector salud se desempeñan dentro de márgenes de legalidad aceptables. Luego entonces, atendiendo a la visión del Dr. Fenig, surge la siguiente interrogante ¿Habrá en realidad necesidad de que el Cirujano actual deba saber sobre legislación? Mucho me temo que —sin contradecir lo plasmado previamente— la respuesta concluyente es en sentido afirmativo. De antemano sé que los argumentos que proporcioné para justificar la afirmación dada bien pudieran pasar por anecdóticos, no obstante, estoy cierto que quienes se han desarrollado profesionalmente en algún nosocomio me darán la razón. He dejado entrever que los cirujanos, como integrantes del sistema de salud, en el 80% de los casos desconocían con puntualidad lo prescrito en las leyes, específicamente de la LGS. Dicho porcentaje puede ser inferido y apreciado por las encuestas y cuestionarios que se realizan al inicio de los cursos de preparación de peritos de la AMCG y en los foros de "La Ética y la Ley" en los cuales he participado. Lo relevante del dato consiste —en su análisis más simple— en lo incomprensible del hecho que un profesionista médico especialista desconozca las normas sustantivas que regulan su actuar y, por ende, de la trascendencia de su conducta. Señalo, a manera de ejemplo, uno de los casos donde emití un dictamen, como perito profesional, de la Procuraduría General de la República (PGR). La circunstancia a determinar era la de un agente de la policía federal que tenía 52 semanas sin trabajar, de forma continua, amparado con incapacidades otorgadas por diversos médicos de diferentes unidades de atención médica. Entre los diagnósticos distinguibles se encontró: Salmonelosis en cinco oportunidades presentando incapacidades por tres semanas cada una, en solamente dos de ellas existía continuidad en el tiempo; lumbalgia en otras tantas veces; artritis, bronquitis, amigdalitis, cefalea, cuadro gripal, compresión radicular, faringitis, disentería, etc. Cabe hacer la observación que en los expedientes y/o notas médicas de urgencias que nos fueron puestas a revisión aparecía la descripción de los cuadros clínicos sugestivos de los diferentes diagnósticos relatados, no obstante, carecían de exámenes básicos, ya fueran de laboratorio o gabinete, para integrar o simplemente soportar los diagnósticos dados, así como tampoco interconsulta alguna o cita posterior para revisión de la evolución... Me queda claro que más del 90% de los médicos actuamos de buena fe, que rara vez escudriñamos en relación al tiempo de inactividad laboral de quienes nos consultan y que muchas personas se aprovechan de ello, como lo fue en el caso referido. Lamentablemente, para quienes analizan los delitos, los ven como: "[...] el acto u omisión que sancionan las leyes penales" (Artículo 7° del CPF), de manera pragmática señalan que "Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente (Artículo 8° CPF)", precisando que "Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho

descrito por la ley, y obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales (Artículo 9° CPF)". Aclaro que el delito que se trataba de distinguir era el de Falsificación de documentos como viene marcado en el artículo 243 del CPF. Hago notar, para sorpresa de muchos, que quienes se vieron involucrados fueron los médicos quienes otorgaron las incapacidades, de forma presumible culposa toda vez que el Artículo 246 del mismo código advierte "También incurrirá en la pena señalada en el artículo 243 [...] IV.- El médico que certifique falsamente que una persona tiene una enfermedad u otro impedimento bastante para dispensarla de prestar un servicio que exige la ley, o de cumplir una obligación que ésta impone, o para adquirir algún derecho"...

Así, existen infinidad de acciones u omisiones en que llegan a incurrir algunos profesionales del sector salud, voluntaria o involuntariamente. Por desventura, no se sabe cuándo tendrán repercusiones legales que puedan ser laborales, administrativas, civiles y/o hasta penales. Pueden ser tan simples y comunes como lo es salirse del nosocomio —durante el curso de horario de jornada y contrato por tiempo determinado— a desayunar o pasar visita a los pacientes privados, pero... sin el "pase de salida" correspondiente. Graves como lo son que el cirujano realice intervenciones quirúrgicas con bisutería o joyas (anillos o pulseras) en sus extremidades superiores argumentando que "siempre lo ha hecho así", "no pasa nada" y "es mi amuleto de suerte"; y/o dejando al residente o interno de pregrado cerrar una cavidad abdominal isin supervisión!; u otros, francamente tipificados como delitos como lo son el "robo hormiga" y la venta o consumo de drogas del tipo cocaína, marihuana, nalbufina, etc. También, casos complejos, como sería negarse a intervenir a una paciente, de 26 años, con diagnóstico de embarazo extrauterino roto, con 24 horas de evolución, argumentando (para justificar la negativa) la no disposición de sangre para transfundirle en el tras-operatorio... y el caso concluye con el fallecimiento de la paciente. Podrá el lector médico refutar y argüir que las eventualidades aludidas obedecen a la historia natural del padecimiento, que los procedimientos quirúrgicos se aprenden haciéndolos desde el pregrado o, que no afectan necesariamente a terceros, que no producen daño alguno o no existe evidencia estadística de que ello así suceda; o bien, que "la ropa sucia se lava en casa" y/o, en caso de presentarse efectos adversos, se deben analizar bajo la óptica de la ética y/o deontología médica, no legalmente. Aceptando sin conceder, en el derecho de réplica debo hacer hincapié en que la experiencia global muestra que el desdén hacia lo legislado usualmente cunde muy rápido y el efecto de ello, por inercia, conduce al caos y éste a la ingobernabilidad, lo cual, en manera alguna es en beneficio de la sociedad. Desde mi muy particular punto de vista ese tipo de actitudes traducen soberbia y desconocimiento o desdén absoluto hacia las leyes; afortunadamente son pocos los casos de referencia, no obstante, representan un riesgo latente que deba tenerse siempre presente. El desazón que experimento al tener conocimiento de primera mano en dichas contingencias es porque imagino al cirujano como un verdadero mentor, líder de opinión, conocedor de técnicas médico-quirúrgicas vanguardistas, con una cultura general indiscutible que incluye el conocimiento de la legislación que ciñe y regula su actuar; contrastándolo con las manifestaciones de indiferencia, de algunos pocos, pero, que siguen siendo líderes y bien pudieran entorpecer el raciocinio

de los médicos en formación además de crear una impresión errónea, en el público general, específicamente, que las arbitrariedades evidentes sean el común denominador del profesional de la medicina. El refrán popular lo resume diciendo que "lo que se ve no se juzga" y por mi parte digo que estoy convencido que se predica mejor con el ejemplo que con las palabras.

No me resta más que señalar la responsabilidad además de la plusvalía que adquiere el cirujano general cuando, además de la práctica quirúrgica, procura adquirir conocimientos, de forma intencionada, de la legislación relacionada con la profesión además de tácticas propias de medicina legal. De entrada, diré que tendrá capacidad para emitir dictámenes periciales que difieren sustancialmente de los informes médicos a los cuales estamos acostumbrados pero que, a los ojos de los legisladores, pudieran pasar por incomprensibles. No omito precisar que la función pericial resalta atendiendo a lo marcado en el artículo 34 de la LR5°C que a la letra dice: "Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos,[...]" En mi parecer resulta más recomendable atender la opinión de un cirujano especialista con conocimientos de medicina legal que la de un médico legista que bien pudiera tan solo tener los conocimientos de cirugía adquiridos en la licenciatura cuando se trate de distinguir si existe responsabilidad profesional en un evento netamente quirúrgico. En otro orden de ideas, valdría la pena sopesar comparativamente la potencialidad del cirujano general, con o sin adiestramiento legal, funcionando como asesor en los colegios y asociaciones de los que forma parte, teniendo en mente el Artículo 49 de la LGS que a la letra dice "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran." De igual forma, realizar el mismo ejercicio comparativo en los cirujanos que formen parte de la Academia de Cirugía puesto que su presidente forma parte del Consejo de Salubridad General y este Consejo tiene dentro de sus competencias acorde con el Artículo 17 de la LGS "[...] VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas [...]"

En fin, a querer o no, la legislación se encuentra inmersa en el actuar cotidiano del cirujano general y de todo el personal del sector salud. Conviene adentrarse en su conocimiento por motivos de cultura general, de conocimiento filosófico del derecho y del pensamiento de la sociedad, pero sobre todo para evitar incurrir en acciones u omisiones que pudieran ser consideradas como delitos que pongan en riesgo el patrimonio logrado a través de la vida laboral y, en el peor de los casos, la pérdida de libertad. En torno a ello me declaro afín a la idea de Miguel Cervantes Saavedra quien afirmaba "La libertad es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar. Por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida." Tal vez sea por ello que no he cejado en promover la preparación de peritos en cirugía general ocupando el foro de la AMCG y del CPCG, sobre todo ahora que, en junio de 2016, entró en

vigor en toda la República Mexicana el Sistema de Justicia Penal Acusatorio Adversarial o mejor conocido como juicios orales y merece una preparación mucho mayor para que el cirujano que sea llamado en calidad de perito actúe con conocimiento de causa. Circunstancia que requiere todo un espacio extra y espero al lector que haya llegado hasta este momento nos acompañe con su participación.

Referencias

1. Real Academia de la Lengua Española. REA. [En línea] [Citado el: 20 de mayo de 2016.]
2. Categoría:Leyes ficticias - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] https://es.wikipedia.org/wiki/Categoría:Leyes_ficticias.
3. Talion.pdf. [En línea] [Citado el: 11 de mayo de 2016.] www.filosoficas.unam.mx/~tomasini/CONFERENCIAS/Talion.pdf.
4. Ley de la selva - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] [Citado el: 14 de mayo de 2016.] https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_la_selva.
5. Ley divina - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_divina.
6. Ley Campoamor - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_Campoamor.
7. Ley de gravitación universal - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] 12 de julio de 2016. [Citado el: 16 de julio de 2016.] https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_gravitación_universal.
8. Celis Maya, Juan Sebastián. *La Ley del Mínimo Esfuerzo vs. El Trabajo Duro | Desarrollo Personal*. [En línea] [Citado el: 20 de mayo de 2016.] www.sebascelis.com/la-ley-del-minimo-esfuerzo-vs-el-trabajo-duro/.
9. Aula de Economía - Sitio de economía y negocios. [En línea] [Citado el: 25 de mayo de 2016.] www.auladeeconomia.com/micro-material2.htm.
10. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_250716.pdf. [En línea] [Citado el: 5 de junio de 2016.] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_250716.pdf.
11. C:\Mis documentos\Word Perfect\Practicas\Textos Cuadernillo\Texto Ley de Ohm.WPD. [En línea] [Citado el: 2 de junio de 2016.] www.uhu.es/filico/teaching/practicas_mecanica/ley_ohm.pdf.
12. Leyes de Mendel - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] [Citado el: 8 de junio de 2016.] https://es.wikipedia.org/wiki/Leyes_de_Mendel.
13. Biografia de Immanuel Kant. [En línea] [Citado el: 13 de junio de 2016.] www.biografiasyvidas.com/biografia/k/kant.htm.
14. Hume, David. Tratado de la naturaleza humana. [trad.] VIcente Viqueira. Qinta edición. México : Porrúa, Primera reimpresión, 2012.
15. *El Leviatán* - Hobbes - Monografias.com. [En línea] [Citado el: 17 de junio de 2016.] www.monografias.com/trabajos101/leviatan-hobbes/leviatan-hobbes.shtml.

16. Anónimo. *El Libro del Consejo (Popol Vuh)*. [trad.] Georges Raynaud, J.M. González Mendoza y Miguel Ángel Asturias. Quinta edición. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1993. pág. 194.
17. *El origen de las especies* - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] [Citado el: 20 de junio de 2016.] https://es.wikipedia.org/wiki/El_origen_de_las_especies.
18. Rousseau, Jean Jacques. *El Contrato Social*. [trad.] Erika Guerrero Marín. 1a edición. México: Editores Mexicanos Unidos, S.A., 2014. pág. 143.
19. *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres.* [trad.] José Lopez y López. Barcelona: Ediciones Folio , S.A., 2007. pág. 123.
20. *Cosmogonía* - Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea] https://es.wikipedia.org/wiki/Cosmogonía.
21. Mirandola, Giovanni Pico della. art102.pdf. [En línea] 1 de noviembre de 2010. [Citado el: 30 de julio de 2016.] www.revista.unam.mx/vol.11/num11/art102/art102.pdf.
22. *Leyes y principios de la física* - Monografias.com. [En línea] [Citado el: 25 de junio de 2016.] www.monografias.com/trabajos55/leyes-de-fisica/leyes-de-fisica.shtml.
23. *Las leyes de la naturaleza y el determinismo de la misma* - Monografias.com. [En línea] [Citado el: 25 de junio de 2016.] www.monografias.com/trabajos94/leyes-naturaleza-y-determinismo-misma/leyes-naturaleza-y-determinismo-misma.shtml.
24. Ley. [En línea] [Citado el: 31 de mayo de 2016.] www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/ley/ley.htm.
25. *Código Civil Federal*. [En línea] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_241213.pdf.
26. *Ley General de Salud.* [En línea] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf.
27. *Sistema de Salud de México*. M.C, Gómez D.O., y otros. S-2, Cuenavaca, Mor.: Salud Pública de México, 2011, Vol. 53.
28. *Ley del Seguro Social*. [En línea] [Citado el: 01 de julio de 2016.] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf.
29. leyFedTrabajo.pdf. [En línea] [Citado el: 09 de julio de 2016.] https://www.personal.unam.mx/dgpe/docs/leyFedTrabajo.pdf.
30. *Ley Federal de Responsabilidades los Servidores Públicos*. [En línea] www.secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/normateca/Leyes/ley_federal_responsabilidades.pdf.
31. *Ley Federal Sobre Metrología y Normalización*. [En línea] [Citado el: 25 de julio de 2016.] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_181215.pdf.
32. *Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal*. [En línea] [Citado el: 06 de julio de 2016.] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208.pdf.
33. *Código Penal Federal*. [En línea] [Citado el: 08 de Julio de 2016.] file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Código Penal federal (4).pdf.
34. contrato.pdf. [En línea] [Citado el: 22 de julio de 2016.] www.sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf.
35. norma_oficial.pdf. [En línea] [Citado el: 26 de julio de 2016.] www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
36. NOM-006-SSA3-2011.pdf. [En línea] [Citado el: 16 de julio de 2016.] www.comexan.org.mx/images/NOM-006-SSA3-2011.pdf.

37. DOF - Diario Oficial de la Federación. [En línea] [Citado el: 23 de julio de 2016.] dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013.
38. *Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.* [En línea] [Citado el: 16 de julio de 2016.] www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/168_040316.pdf.
39. DOF - Diario Oficial de la Federación. [En línea] [Citado el: 26 de julio de 2016.] dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5386349&fecha=23/03/2015.
40. http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/lex/lex.htm. [En línea]
41. http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1020115196/1020115196.PDF. [En línea] [Citado el: 05 de 06 de 2016.]
42. Hume, David. *A Treatise of Human Nature*. [ed.] Primera edición en español: Madrid 1923. [trad.] Versión española de Vicente Viqueira. Quinta edición, 2005, Primera reimpresión, 2012. London: Editorial Porrúa, S.A. de CV, 1739, 1740. ISBN 970-07-5405-7.
43. 17.pdf. Gómez D. O., MC, y otros. supl 2:S220-S232., Cuernavaca, Morelos: Salud Publica Mex, 2011, Vol. 53.

CAPÍTULO
36

El CIRUJANO GENERAL Y LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dr. Fernando Isaac Recio España

Introducción

La naturaleza humana de la relación médico-paciente implica la posibilidad de entendimiento mutuo así como de desencuentro y conflicto. La intención de este capítulo es desfragmentar cada componente de la atención médica brindada por el médico para así entender la génesis de la queja médica. De la misma forma se describirá qué es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), las circunstancias de su creación y cuál es su papel en relación al médico cirujano.

¿Qué es el cirujano y cuál es el entorno en el que trabaja?

La relación médico-paciente requiere precisamente de eso, un médico y un paciente pero en este caso en particular el médico en el que nos enfocaremos es el cirujano. El cirujano es el especialista involucrado en alguna actividad del área quirúrgica[1]. Una característica propia de este tipo de especialidades y que lo diferencia del resto no quirúrgico es que además de conocimientos teóricos la especialidad requiere habilidades prácticas para su correcto desarrollo.

La formación del médico en este caso además de contar con temas teóricos, que deberá dominar, posee la presencia de técnicas, procedimientos que deberá practicar de manera repetitiva para afinar su actuar quirúrgico. La realización de lo anterior necesariamente conlleva una curva de aprendizaje y por ende la aparición de errores, por lo que es importante la supervisión por parte de cirujanos más experimentados y la prevención en contrapeso de las limitantes técnicas del cirujano en formación.

Así mismo, la práctica de la especialidad requiere un entorno físico en particular como lo es el quirófano y un personal de trabajo en particular. El quirófano más allá de ser el establecimiento acondicionado para la realización de operaciones quirúrgicas es un punto de congregación que requiere de un actuar y comportamiento específicos. En este sitio el cirujano forma parte de un equipo quirúrgico cuya finalidad última es el bienestar del pa-

ciente, éste no está limitado al personal presente durante la cirugía sino abarca desde el personal de limpieza que permite el acceso a las salas hasta el personal administrativo encargado de dar el alta al paciente.

El papel del cirujano en este escenario debe ser el de líder, requiriendo así habilidades como comunicación efectiva, administración de responsabilidades y saber estructurar jerarquías basadas en experiencia todas ellas acompañadas de vocación de servicio dentro y fuera del quirófano.

Pero esto no lo es todo, esto es apenas una descripción de cómo es el médico, qué características posee o debería poseer y a muy grandes rasgos el ambiente donde desarrolla su labor. Pero esto es una visión microscópica de la atención.

A nivel macroscópico, el cirujano desarrolla su práctica en un entorno en transición. En el último siglo se ha suscitado un cambio epidemiológico en el que las enfermedades infecciosas que azolaban poblaciones enteras de forma aguda y estrepitosa han sido reemplazadas por enfermedades silentes y tendientes a la cronicidad que generan aún mayor impacto en la población.

La especialización constante de los medios de diagnóstico y tratamiento en pos de la salud favorece la aparición de nuevos estándares de calidad en beneficio del paciente, pero a su vez requieren un proceso de constante actualización por parte del médico y en su caso fomenta la superespecialización de éste[1].

La cirugía moderna no es una excepción al caso, pues ha evolucionado hasta llegar a ser una de las más respetadas. Esta transformación ocurrió de manera rápida una vez que los cirujanos contaron con las herramientas necesarias para resolver los dos grandes obstáculos para los procedimientos quirúrgicos mayores: el dolor y la infección. Hoy en día los cirujanos tienen en su arsenal más de 2,500 procedimientos diferentes y el propósito de los últimos avances en el área ha sido más bien orientados a asegurar el éxito de los tratamientos y no tanto en incrementar el número de procedimientos que se pueden realizar[2].

El aumento en la sobrevida producto de lo anterior conlleva a un margen poblacional con límites de edad más amplios, con una gama de patologías involucradas más amplia y un incremento desproporcionado en la población en el que cada uno de sus miembros demandará el acceso a servicios de salud además de calidad y efectividad en éstos.

El sistema de salud no siempre está preparado para esta transición ni para brindar respuestas adecuadas en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y efectividad a los usuarios, incrementando así la brecha entre las necesidades de la población y la oferta de servicios y a momentos provocando inconformidad por la dificultad para obtenerlos y para aplicarlos[2].

Por otra parte, el usuario de servicios ha asumido una participación más activa en la relación médico-paciente. El desarrollo de tecnologías de la información facilita el acceso a temas que en el pasado sólo eran posibles para un escaso sector poblacional especializado en la materia, además de detallar la trepidante evolución de la medicina. Lo anterior provoca que el usuario cuente con mayores conocimientos del tema, genere más expectativas en cuanto a resultados y sea más exigente con el médico.

Así mismo, la presencia de redes sociales genera la creación de un "ente" colectivo constantemente vigilante y con el fin último de escrudiñar el actuar médico bajo el riesgo de que una imagen o video difundido a escalas masiva actúen en detrimento tanto en el médi-

co que prestó la atención como en la atención en general al crear un ambiente de recelo y un distanciamiento entre pacientes y médicos.

En el caso en particular de nuestro país éste no se encuentra ajeno a esta tendencia. Fue a partir de la segunda mitad del siglo XX que se reconoce a la salud como un bien público y por ende un derecho, esto asentado en la Reforma Sanitaria de 1983. Con ella se estableció la protección de la salud como un derecho en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, situación que favoreció al año siguiente la creación de la Ley General de Salud.

Debido a la generación de esta ley se crearon reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y protocolos de actuación como las guías de práctica clínica. El fin de estos documentos fue favorecer la exigencia de los usuarios a los servicios y garantizar la seguridad y calidad de éstos.

Nuestro Sistema Nacional de Salud en particular desde su creación quedó conformado por diferentes tipos de prestadores de servicios organizados para atender a diferentes segmentos de la población de acuerdo a su condición laboral. Por un lado, los institutos de seguridad social prestan servicios a la población que cuenta con un empleo formal, por otro las instituciones que prestan servicios a la población no inscrita en la seguridad social y por último los servicios de atención médica privada constituidos por establecimientos, en su mayoría de índole lucrativa, que atienden a todo tipo de población que cuente con el poder adquisitivo para acceder a sus servicios.

La fragmentación del sistema ha tenido como consecuencia la duplicación y dispendio de recursos además de dificultar la instrumentación de políticas y criterios de uniformidad.

Aunado a ello, nuestro país, en términos de inversión en salud destina el 5.9% del Producto Interno Bruto (PIB) comparado con el promedio de 9.3% de los países miembros a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), colocándolo entre los países más bajos de dicha organización[3].

Entonces, tanto la fragmentación de los servicios, la insuficiencia de recursos, la ausencia de una instancia que regule y vigile la atención médica junto con un usuario en constante empoderamiento y aumento de exigencias han contribuido a la generación de un caldo de cultivo de conflictos.

La CONAMED, ¿qué es y cómo funciona?

En el año 1996 el país era gobernado por el entonces Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, las heridas o en este caso, la resaca, del llamado "Efecto Tequila" eran recientes y el conflicto chiapaneco estaba liderado por el Ejercito Zapatista en vez de los maestros. En aquél entonces, por ambigüedades entre el lenguaje médico y el jurídico, junto con ausencias o deficiencias de los procesos judiciales los médicos fueron víctimas de incontables vejaciones creando aún más incertidumbre en el país.

El gobierno, con el afán de estabilizar la vorágine nacional se da a la tarea de independizar y crear instituciones que garanticen el ejercicio de derechos de los distintos sectores de la población. Es en ese breve espacio de tiempo de la historia de nuestro país que se crea por decreto presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

El Plan Nacional de Desarrollo de los años 1995 – 2000 contemplaba la mejora de la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, esto con el cometido de atender las demandas de los usuarios para que los servicios operaran con mayor calidad y eficiencia.

Se consideraba pertinente la existencia de un órgano imparcial al cual pudiesen acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos con el fin de dilucidar los posibles conflictos derivados de la prestación de servicios médicos. Una característica clave del proceso es que debía de ser en forma amigable y de buena fe, con lo cual se contribuiría a evitar grandes cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales sin sustituirlos[4].

La CONAMED es el órgano administrativo creado con ese propósito, pues al estar desconcentrada de la Secretaría de Salud cuenta con plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos con los cuales solucionar controversias mediante procedimientos alternativos[5].

La resolución de casos está basada en un proceso arbitral único, cuyo fin último es la prevención de conflictos y en el caso de que se presenten solucionarlos de manera pronta, eficaz y de manera amigable.

El proceso consta de distintas etapas de atención, la primera es la Orientación en la cual el cometido principal es la apertura de las líneas de comunicación entre pacientes y prestadores de servicios, sean médicos o instituciones. En esta etapa del proceso se busca la resolución del conflicto mediante asesoría, en algunas ocasiones involucrando a algún consultante especializado, o a través de la gestión inmediata de trámites que sean necesarios para la correcta atención médica.

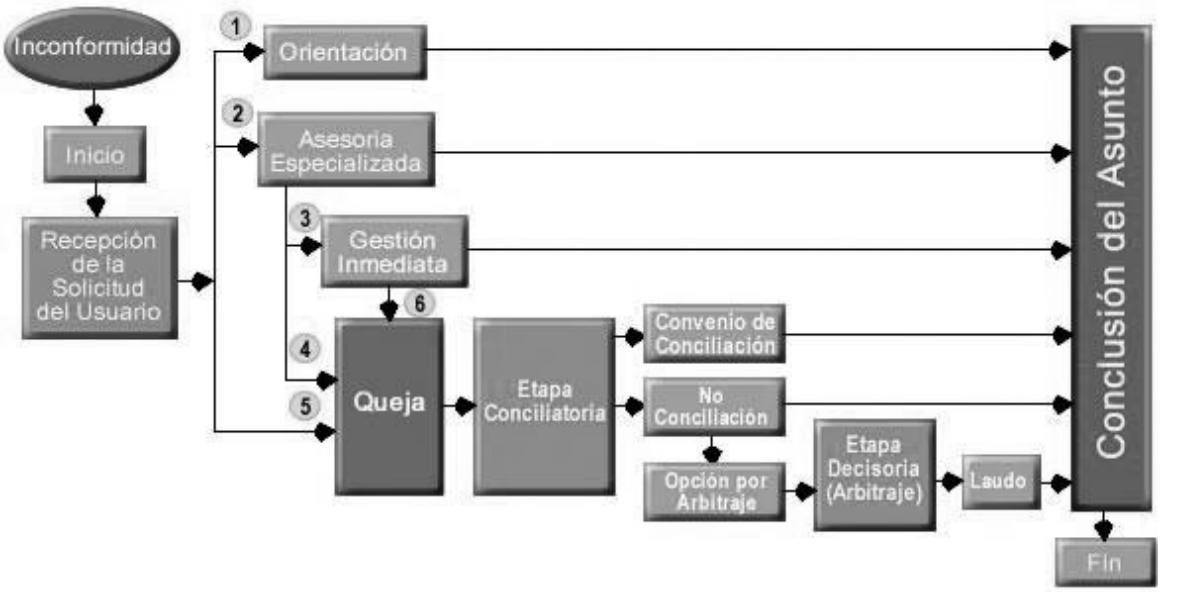
A pesar del pronto actuar de las partes involucradas hay ocasiones en las que no se resuelve la disputa durante esta intervención inicial, por lo que en el caso de continuar a través de la institución se deberá aplicar formalmente una queja para proceder a la etapa de Conciliación. El acceso a esta etapa involucra una revisión de manera formal de la queja a través de audiencias donde se amplía la información de la queja para así propiciar el entendimiento mutuo y el establecimiento de un acuerdo de tipo conciliatorio. Es entonces, que las partes en conflicto construyen la justicia para su caso misma o ayudada por terceros neutrales.

La mayoría de los casos son resueltos estas instancias comentadas, siendo esto un ejemplo claro, en el que la disposición del médico a acercarse y enfrentar una posible problemática respecto a sus actividades conlleva a un mejor resultado y a un enriquecimiento de la práctica médica.

En el caso que no se logre establecer la conciliación de las partes, el proceso avanza hasta una etapa decisoria, en la que la Comisión plantea una propuesta de arreglo o la aceptación de someter su controversia al arbitraje, en el que se acepta que lo resuelto por la institución no podrá ser llevado a otro juicio.

En esta última fase del proceso arbitral la CONAMED atiende la controversia con apego estricto a la normatividad procedente y con atención a los elementos expuestos y probados por cada una de las partes. El desarrollo de esta etapa incluye la selección de expertos por la Comisión que garanticen una evaluación por pares de la controversia. Una vez ofrecidas y desahogadas las pruebas aportadas junto con los alegatos correspondientes, se emite un laudo con el que se dirime el conflicto. Es importante mencionar, que la comisión por su calidad de árbitro en el proceso, no tiene la atribución de la ejecución del laudo siendo así que las partes interesadas deberán acudir ante un juez del ámbito de competencia para obtener la orden de ejecución de la resolución en los casos que así lo amerite.

La CONAMED garantiza al médico involucrado una valoración objetiva de su actuar y al usuario la calidad del proceso institucional. Dentro de las limitantes de la institución está el no poder sancionar a los médicos así como tampoco poder otorgar dictámenes de daño



moral como es el caso en los juicios civiles, situaciones que compensa al evitar los costos del litigio a los involucrados.

En conclusión, la Comisión evalúa mediante elementos periciales el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente por parte del personal de salud, siempre considerando: modo, tiempo y lugar junto con la historia natural de la enfermedad o el estado de salud del paciente. Las obligaciones, como el uso de medios de diagnóstico y tratamiento, se consideran exigibles en el proceso evaluador, no siendo así los resultados que estos brinden pues se trabaja bajo la premisa que la medicina es una ciencia rigurosa pero no exacta.

Es entonces que la comisión es la institución encargada de la protección de los derechos de los médicos y de los pacientes. ¿Pero qué tan necesaria podría resultar en especialidades quirúrgicas?

¿Cómo se relaciona el cirujano con la CONAMED?

Habiendo considerado el escenario anterior la factibilidad de la presentación de una queja hacia el médico es bastante elevada. Debemos entender que la aparición de ella no es necesariamente el significado de mala práctica como de forma errónea se denomina al suceso, simplemente es un proceso de conflicto entre el médico y el paciente sea este fundamentado o no.

Es en 2011 que se publica *Malpractice Risk According to Physician Special*[6], en este artículo se estudió el riesgo acumulado para recibir una queja médica en los Estados Unidos según si la especialidad fuese de bajo o alto riesgo, considerando a las no quirúrgicas como de bajo y a las quirúrgicas como de alto riesgo. Se calculó el riesgo acumulado de recibir una queja médica formal a los 45 años o menos en las especialidades de bajo riesgo, resultando en un 36% de probabilidad mientras en las de alto riesgo fue del 88%. Este riesgo se proyectó aún más a futuro estableciendo la edad de 65 años como segundo punto a evaluar, donde se obtuvieron 75% para las especialidades de bajo riesgo y 99% para las de alto riesgo. Es entonces que podemos tener un panorama más amplio de la situación actual.

En México se sigue una tendencia semejante, siendo las especialidades quirúrgicas las más afectadas por la presencia de quejas.

En un análisis de la CONAMED a las 12 mil 865 quejas que recibió del año 2007 a 2015 se evaluaron los servicios quirúrgicos con la mayor concentración de quejas, resultando Traumatología y Ortopedia con el 17% (2 mil 131 quejas), Ginecología y Obstetricia con el 14% (mil 802 quejas) y Cirugía General con el 11% (mil 398 casos[7]). (Fig. 1).

En ese mismo análisis se detectaron cuáles son las principales causas de queja médica. Siendo la primera el retraso en el diagnóstico, especialmente en casos como cáncer o cardiopatía isquémica en el adulto y meningitis en los niños; la segunda causa fueron los procedimientos quirúrgicos y la tercera causa se debió a una mala relación médico-paciente.

En este caso las tres causas están presentes en el actuar cotidiano del médico cirujano, pues debe tener pericia en el

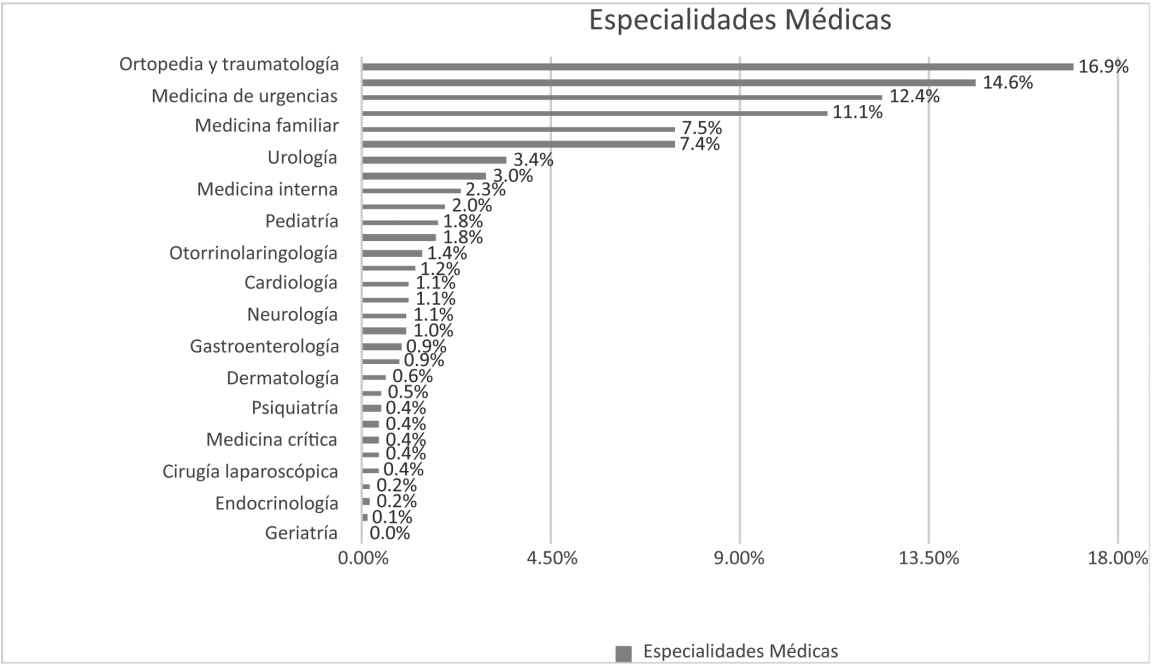


Figura 1. Porcentaje del total de quejas médicas recibidas por la CONAMED del 2007 al 2015

diagnóstico, en la realización de procedimientos quirúrgicos y se necesita aún más para entablar una relación fluida y de confianza con un paciente que usualmente se encuentra en una situación vulnerable y requiere de métodos invasivos.

Además de pericia el médico debe de gozar de humildad para prevenir estas tres causas. El médico debe ser humilde de egolatría, mas no de espíritu; debe saberse falible pero no ser víctima del error. La víctima es una persona que se encuentra en indefensión ante una agresión. En este caso el médico no se encuentra indefenso, tiene a su alcance su conocimiento, a sus compañeros de trabajo, a su institución y una amplia gama de información enfocada a la prevención del error y a disminuir su prevalencia. Todo lo anterior resulta inútil si el médico cree que es infalible y no va a necesitar de ninguno de los anteriores.

Responsabilidad profesional del médico cirujano

Para efectos de este texto es conveniente enmarcar el ordenamiento jurídico para poder darle cabida a las reglas de actuación que rigen la vida profesional del médico.

La pirámide jurídica se conforma en su parte más alta por la Constitución Política Mexicana que es el máximo órgano jurídico y dentro del cual están todos los ordenamientos que rigen la vida nacional en lo que nos compete. El artículo 4° constitucional habla del derecho a la protección de la salud, el mismo constitucional que destaca a los derechos humanos que deben de ser respetados al proporcionar la atención médica, el artículo 5° referente a la ley de profesiones, y de ahí en la secuencia señalada, la Ley General de Salud, la Ley de los servidores públicos para aquellos que trabajan dentro de una instituciones federales, y así se eslabonan las diversas y complejas directrices que tiene la prestación de la atención medica en nuestro país[8,9].

La pirámide jurídica se sigue hacia abajo con los tratados internacionales (o a la par de la constitución si tratan sobre derechos humanos) que el país ha efectuado y a los cuales se ha adherido a fin de que se mantenga uniformidad en este mundo global y que permite la autonomía nacional y el respeto a las diversidad de las naciones.

En el caso del gremio médico, que nos ocupa, seguiría la Ley General de Salud, que es la garante de que se cumpla con el ordenamiento constitucional, emanado de ahí, en paralelo estaría lo que se refiere a la Ley General de Profesiones.

En orden decreciente encontraríamos los decretos aplicables y los reglamentos para una vez determinado el "qué" contemos con la claridad de él "cómo" hacer lo necesario para lograr el cometido de la ley General de Salud y de Profesiones a través de sus reglamentos sea el caso que fuese, con ello tenemos el marco de trabajo para las diversas instancias de salud del país.

En el orden jerárquico más abajo están las normas oficiales mexicanas (NOM) que son obligatorias para todos los mexicanos y señalan aspectos que están relacionados con la prevención del daño a la salud y hacia la mejora de la atención médica en sus diversos campos.

A manera de distinguir en las obligaciones médicas esa doble responsabilidad (jurídica y moral) hacemos un recuento de las más significativas a guisa de ejemplo, destacando que existen muchas otras que están clasificadas dentro de los ordenamientos éticos de los médicos, que se entrecruzan con las jurídicas en muchas ocasiones he aquí algunos ejemplos:

- Respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.
- Dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
- Tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño.
- Actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.
- Prestar el servicio de atención médica de manera diligente, poniendo el profesionista todo conocimiento científico y técnico, al servicio del paciente, durante el desempeño del diagnóstico y tratamiento indicado.
- Mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.
- Recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

- Certificar sólo lo que él medico ha verificado personalmente.
- Informar oportuna y adecuadamente al paciente sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.
- Guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.
- Obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

De igual manera el médico tiene responsabilidad civil que se entiende como la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otros (tanto en su salud, como económicamente) por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo creado que llegaran a producirse durante el diagnóstico o tratamiento médico en agravio del paciente, derivadas de un hecho ilícito o de la creación de un riesgo. Las formas que existen de indemnizar son de dos tipos, ya sea efectuar una reparación naturalmente o hacerlo por otra equivalente colocando de nuevo a la víctima en el pleno disfrute de los derechos o intereses que le fueron lesionados.

Conclusión

Los conflictos derivados de la ruptura de la relación médico-paciente han aumentado considerablemente y es deber del cirujano hacer consciencia y acercarse al paciente para la pronta identificación y resolución de controversias con el apoyo de medios alternativos de solución de conflictos para así evitar procesos penales tortuosos, distanciamiento de los pacientes y una satanización tanto del médico como de las instituciones.

Los cirujanos siempre deben de actuar bajo la premisa de que las leyes no exigen que sean virtuosos pero la moral aconseja que lo sean.

No es bueno que el médico no conozca sus derechos. Pero es grave que no conozca sus obligaciones[13].

Referencias

1. Anupam, J. B., Seabury, S. P., & Lakdawalla, D. P. (18 de Agosto de 2011). *Malpractice Risk According to Physician Specialty*. New England Journal of Medicine, 629-636.
2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (9 de Septiembre de 2015). *Trámites y Servicios: Procedimiento Arbitral en la CONAMED*. Obtenido de Comisión Nacional de Arbitraje Médico: http://www.conamed.gob.mx/servicios/proarbitral.php?seccion=80
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2016). *20 Años de Arbitraje Médico*. México: Secretaría de Salud.
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (26 de Mayo de 2016). *Estadística: CONAMED*. Obtenido de CONAMED: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/estadistica_2015.php
5. Gawande, A. (2004). *The Bell Curve*. The New Yorker: Annals of Medicine.
6. Guzmán Toro, F., & Guerrero Hernández, Y. (2006). *La responsabilidad profesional en cirugía y sus implicaciones médico-legales*. Revista Venezolana de Cirugía, 134-140.

7. López Avellaneda, M. (2004). *Implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica*. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, 4-7.
8. Martin del Campo Olivares, G. J. (2014). *Síndrome posdemanda médico-legal*. En C. E. Aguascalientes, Fuentes de conflicto en la relación paciente-médico (págs. 275-283). Aguascalientes: Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Aguascalientes. Recuperado el 2015
9. OCDE. (30 de Junio de 2016). *OECD: Health Statistics 2016*. Obtenido de OCDE: http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-*Health-Statistics*-2016-Frequently-Requested-Data.xls
10. Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2008). *Seguridad del Paciente: Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
11. Reyes Acevedo, R. (2014). *Fuentes del conflicto en la práctica de la Cirugía*. En C. E. Aguascalientes, Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico (págs. 56 - 67). Aguascalientes: Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Aguascalientes.
12. Rivera-Flores, J. (2005). *Implicaciones médico-legales en la residencia médica*. Revista Mexicana de Anestesiología, 181 - 183.
13. Secretaría de Salud. (3 de Junio de 1996). *Decreto de Creación para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México, Ciudad de México, México.
14. Secretaria de Salud. (s.f.). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Obtenido de Secretaria de Salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html

CAPÍTULO
37

EL ARBITRAJE MÉDICO MEXICANO Y LA LEY NACIONAL DE MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN MATERIA PENAL

Dr. Eduardo Vázquez Valdés
Dra. María del Carmen Barradas Guevara

ADMITEN ESTAR PREOCUPADOS

Investigan presuntas negligencias médicas

POR LAURA TORIBIO
laura.toribio@gimm.com.mx

La Ssa señaló que junto con la Conamed y Cofepris indaga casos como el del niño al que se le extirpó el ojo equivocado

Investigan a médico que dejó ciego a un bebé en Sonora

El infante perdió el ojo izquierdo por una supuesta negligencia del doctor

SONORA

Declara médico por extirpar ojo

Cuando se habla de "un horizonte de posibilidades", se refiere a todo el espectro de creencias, prácticas y experiencias, que se ofrecen a una sociedad en particular, dependiendo de su ecología, desarrollo tecnológico y sus limitaciones culturales. Cada sociedad, al igual que cada individuo, solo exploran una pequeña fracción del horizonte de sus posibilidades.

¿Qué es el arbitraje?

El arbitraje es un procedimiento por el cual se somete un litigio por acuerdo de las partes fuera de los tribunales, las que optan por un procedimiento alternativo de solución de controversias coordinado por un arbitrador seleccionado por los interesados. Se reitera que la base misma del procedimiento es el que los involucrados estén de acuerdo con el procedimiento y el árbitro sea aceptado en forma voluntaria.

Algunas consideraciones sobre los derechos humanos y sus garantías en el México actual

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona.

No nos debe llamar la atención que el primer Capítulo del Título primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se denomine: **De los Derechos Humanos y sus Garantías**. Se resalta el hecho, que los primeros 38 artículos de la Carta Magna se refieran a ellos.

El artículo 1° de ese capítulo señala que "...todas las personas gozarán de los **derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte...**"

En el artículo 4° se hace énfasis que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

El artículo 6° menciona:

II. La información que se refiere a la vida **privada y los datos personales** será protegida en los términos y con las excepciones que fijen las leyes.

III. Toda persona, sin necesidad de acreditar interés alguno o justificar su utilización, tendrá acceso gratuito a la información pública, a sus datos personales o a la rectificación de éstos.

El Artículo 16 manifiesta que:

"Toda persona tiene **derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos...**" ¿Qué más íntimo suele ser para un individuo, que lo relacionado con su estado de salud?

El artículo 17 señala que "...las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial".

A diferencia de lo anterior, si el asunto no se resuelve a través de la mediación y/o la conciliación, la ley estipula que se proceda al juicio oral, lo que obliga a que:

"Las sentencias que pongan fin a los procedimientos orales deberán ser explicadas en audiencia pública previa citación de las partes."

Estos cambios son extraordinariamente trascendentes, toda vez que se define con claridad el concepto de **mecanismos alternativos de solución de controversias (MASC)**, infiriendo como tal que se abre una nueva vía muy alejada de lo que ha sido la tradicional; la percepción general de la ciudadanía con relación al ministerio público y lo tortuoso de los procesos judiciales, sufre una transformación absoluta en donde no se establecen penas corporales ni retrasos en la impartición de justicia, toda vez que con la **reparación del daño** puede quedar resuelta cualquier querella siempre y cuando sea de naturaleza culposa (imprudente o negligente).

El 29 de diciembre de 2014, se publicó el "Decreto por el que se expide la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal", esta es una ley moderna y dinámica que consta de cuatro títulos, 13 capítulos y 52 artículos.

El objetivo general de dicha ley tiene como propósito el encontrar soluciones alternas para la solución de controversias, lo que precisamente se define con claridad en el artículo primero de la misma:

"Los mecanismos alternativos de solución de controversias en materia penal tienen como finalidad propiciar, a través del diálogo, la solución de las controversias que surjan entre miembros de la sociedad con motivo de la denuncia o querella referidos a un hecho

delictivo, mediante procedimientos basados en la oralidad, la economía procesal y la confidencialidad"

En el artículo segundo del mismo decreto se precisa que la ley en comento, será aplicable para los hechos delictivos que sean competencia de los órdenes federal y local, en el marco de los principios y derechos previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Los acuerdos reparatorios son procedentes:

I. Para los delitos que se persiguen por querella o requisito equivalente de la parte ofendida.

II. Delitos culposos, o

III. Delitos patrimoniales cometidos sin violencia sobre las personas.

Los principios de los mecanismos alternativos a los que hacemos referencia son extraordinarios:

1. Los intervinientes participan por su propia decisión sin coacción alguna ni obligación.
2. Los participantes deben ser plenamente informados sobre los alcances y consecuencias de los mecanismos alternativos.
3. Los asuntos son confidenciales y la información no deberá ser divulgada y nunca podrá ser utilizada en prejuicio de los intervinientes dentro de un juicio penal.
4. Estos mecanismos son flexibles y simples, carecerán de toda forma estricta y se llevarán a cabo en un entorno idóneo para la manifestación de las propuestas de los participantes para que se pueda resolver en consenso la controversia.
5. Lógicamente deben ser totalmente imparciales evitando a toda costa la emisión de juicios, opiniones, prejuicios, favoritismos o cualquier otra conducta que le conceda u otorgue ventajas a alguno de los intervinientes.

De todo lo anterior se desprende que no se requiere de algo más que la voluntad de las partes y la participación de un facilitador que conduzca, la o las audiencias. Si las partes no llegan a un acuerdo, el asunto pasará a juicio oral.

El 18 de junio del 2016 entro en vigor en todo el territorio nacional la mencionada ley.

Entra en vigor nuevo Sistema de Justicia Penal

● El presidente Enrique Peña Nieto refirió que esta es la transformación jurídica más importante del país en los últimos cien años

3. Sistema Nacional de Salud

"Donde quiera que se ama el arte de la Medicina, se ama también a la Humanidad".

–Platón (428-347 a.C.)–

Sin duda se trata de un sistema complejo.

Los mexicanos recibimos atención médica a través de instituciones públicas federales, estatales y municipales, entre las que se encuentran institutos y centros médicos nacionales y regionales, hospitales de alta especialidad, clínicas de consulta externa, unidades rurales, etc. En forma paralela, existe una infraestructura disímbola privada que va desde los modestos consultorios en prácticamente todo el país, hasta clínicas, sanatorios y hospitales,

algunos de ellos tecnológicamente muy limitados y otros con instalaciones impresionantes. Muchos de los habitantes cotizamos a una o dos instituciones de seguridad social "federales" o "estatales" e incluso "municipales". La mayoría de las veces, además de los servicios de salud, éstas también pagan pensiones y proporcionan otros servicios sociales; es decir, su vocación no es exclusivamente de atención médica.

Los pacientes pueden en un mismo día acudir a dos instituciones quizá por la misma enfermedad o para que le atiendan padecimientos diferentes, recibiendo tratamientos distintos. Los cuadros básicos de medicamentos varían, se siguen prescribiendo cajas completas, no por cantidades precisas de los fármacos de acuerdo a los requerimientos personales de los pacientes, favoreciendo con esto la sobredosificación o el consumo por terceros sin prescripción por un profesional de la medicina e incluso se llegan a vender. Asimismo, son largas las esperas, hay retraso en la programación de los procedimientos diagnósticos o del manejo médico-quirúrgico, lo que genera además de mucho malestar, la posibilidad de que el retraso en la atención médica modifique el pronóstico.

Un hecho lamentable, pero muy común y desde luego preocupante, es que a menudo los integrantes de los equipos a cargo de los pacientes desconocen los nombres de los mismos, y estos no tienen la menor idea de quiénes son los encargados de su atención; incluso entre cada turno suelen existir variantes de manejo y opiniones desiguales.

Sin duda el deseo de una gran mayoría de derechohabientes de las instituciones de seguridad social nacionales y estatales, es el de poder ser atendidos en consultorios y unidades de internamiento dentro de la medicina privada, cuyos estándares por cierto son por demás heterogéneos.

A la atención de los padecimientos en las instalaciones de consulta externa, que es la que tiene más demanda, se suman otros servicios como lo son los de atención prehospitalaria, traslados de pacientes en ambulancias, aviones y helicópteros, hospitales de diferente nivel de atención, gabinetes de imagenología por demás sofisticados, servicios de bancos de sangre, laboratorios de análisis clínicos, de investigación y de anatomía patológica, gabinetes de diagnóstico, clínicas de rehabilitación, farmacias, etc.

Como se ha dicho, el Sistema Nacional de Salud es por demás heterogéneo, aglutina a profesionales altamente capacitados para resolver un sinnúmero de quehaceres por demás complejos, que van desde la aplicación de vacunas, consultas de primer contacto y atención de partos, hasta trasplantes de órganos, acciones de rehabilitación, alivio del dolor, etc. A este grupo se suman otros actores entre los que se encuentran por mencionar algunos más, investigadores, técnicos, oficiales, estudiantes de posgrado, pasantes, personal administrativo, de mantenimiento, de intendencia, etc.

La salud es un valor fundamental en la vida de todos los hombres, y una condicionante esencial para su desarrollo. También es un pilar en el que las naciones sustentan su crecimiento y estabilidad. En nuestro país el acceso a la misma, se considera un derecho fundamental reconocido como tal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, aunque desgraciadamente la calidad de la atención aún no es del todo oportuna y homogénea en la totalidad del territorio nacional. Después de lo descrito no nos debe llamar la atención la posibilidad de que existan un sinnúmero de posibles eventos adversos (EA) relacionados al quehacer cotidiano del personal de la salud.

En este sentido aún hay mucho por hacer. Se trata de un Derecho Humano

fundamental, con facetas distintas pero igualmente importantes, como son la prevención de las enfermedades, su atención adecuada, la paliación eficiente, etc. No es gratuito el contenido del artículo 4° Constitucional: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

El derecho a la salud no es simplemente el derecho a estar sano, sino contar con un sistema de protección a la misma, que permita a todos los integrantes de la sociedad mexicana, gozar del más alto grado de bienestar físico, mental y social.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho constitucional y convencional a la protección a la salud.

En el artículo 51 de dicha ley, se señala en el primer párrafo que:

"Los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a obtener prestaciones de salud **oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares**".

Es fundamental que el USUARIO, o de ser el caso quien legalmente represente sus intereses, después de haber sido informado con toda claridad, sea quien autorice lo que se propone para su manejo médico; incluso tiene derecho a solicitar una segunda opinión.

Frente a un usuario, se encuentra un equipo de prestadores de servicios sanitarios, quienes tienen que determinar conductas y acciones por demás heterogéneas y de diversos niveles de complejidad. Por más que el personal este perfectamente capacitado, tomar decisiones diversas ante situaciones cambiantes, siempre ha sido y seguirá siéndo algo por demás riesgoso.

A pesar de un entrenamiento riguroso y de que permanentemente se revisen metódicamente los procedimientos para evitar las fallas, es imposible garantizar que invariablemente el ejercicio de la medicina sea 100% seguro. La razón por la que esto no se puede cumplir, simplemente se debe a la naturaleza humana.

En el año 2002 se le otorgó el Premio Nobel en economía a un psicólogo y no a un economista por: "haber integrado aspectos de investigación psicológica en la ciencia económica, especialmente en lo que respecta al juicio humano y la toma de decisiones bajo incertidumbre". El laureado Daniel Kahneman (n.1934) desarrolló la denominada "teoría de las perspectivas" en la cual el autor resalta el hecho de que "los individuos tomamos decisiones, en entornos de incertidumbre, los que se apartan de los principios básicos de la posibilidad". El autor se refiere a los límites de la razón humana y a la forma en que todos sufrimos los llamados sesgos cognitivos. Según el investigador a pesar de toda la preparación posible, el cerebro humano tiene incorporada la propensión a cometer errores de juicio.

Los yerros básicamente son eso, fallas de juicio que tiene un costo económico y social por demás elevado. Entre ellos se encuentran los errores médicos.

El arbitraje médico mexicano

"El que los hombres no aprendan de las lecciones de la historia, es la lección más importante que la historia tiene que enseñar".
–Huxley A. (1864-1963)–

La calidad del acto médico, sus resultados y las posibles diferencias entre el binomio médico-paciente actualmente pueden ser manejadas de acuerdo con la nueva ley, a

través de un despacho privado que tenga la autorización para ello o centros de mediación pública. Sin embargo, dada la especialización requerida por la complejidad de los casos, son las comisiones de arbitraje médico las más indicadas para el manejo de estos conflictos dado lo volátil y la alta especialización que se requiere en el manejo de estas situaciones.

El 3 de junio de 1996, el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, tuvo a bien expedir el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a la que en el Artículo 1° se le etiqueta como: "un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos". Se instituyó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuyas funciones básicas de acuerdo a su decreto de creación son las de ofertar a los usuarios y prestadores de los servicios médicos (sanitarios) su intervención en caso de que existan diferencias entre ambas partes, para que éstas puedan dilucidar en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios.

Entre las funciones básicas de la CONAMED desde su creación han sido las de intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan: a) probables actos u omisiones derivadas de la prestación de servicios; b) probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario.

Además, se resalta de manera importantísima el que pueda fungir como árbitro y de ser el caso pronunciar laudos cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.

Otro quehacer de la propia CONAMED ha sido la de elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, y de carácter administrativo como son las contralorías.

El responsable de la operación de la CONAMED es un Comisionado Nacional nombrado directamente por el Ejecutivo Federal.

En la mayoría de las entidades federativas son los titulares del poder ejecutivo, quiénes designan a los respetivos Comisionados Estatales, aunque en algunos éstos son nominados por el Congreso del Estado correspondiente.

La CONAMED y la mayoría de sus homólogas en el resto del país son órganos desconcentrados respectivamente de las Secretarías de Salud federal y estatales; sin embargo algunos, los menos, son autónomos o descentralizados. Paulatinamente a lo largo de los años se han creado comisiones semejantes a la CONAMED, existiendo actualmente 26 de ellas.

La introducción de este recurso jurídico, fue un acontecimiento novedoso. Hoy en día es un hecho la operación de 27 instituciones. Desde su creación en 1996, la CONAMED se ha comportado como un **"Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias"** (MASC), diseñado específicamente para atender el malestar generado por la insatisfacción en la atención médica del país.

Inició sus operaciones **12 años** antes de que se incorporara el concepto de los MASC en el artículo 17 Constitucional. Esto obliga a considerar el nacimiento del Arbitraje Médico Mexicano, como un hito en el marco jurídico nacional, ya que antes de ello, cuando se hacía referencia a "conciliación y arbitraje", se ubicaban los términos dentro de un procedimiento empleado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para resolver discordias laborales.

Hoy en día, como consecuencia del nuevo marco jurídico del país se requieren adecuaciones en el quehacer del arbitraje médico mexicano.

Como ya se mencionó el 18 de junio de 2016, se introdujo en todo el territorio nacional la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal, considerándose como muy novedosa la introducción de la mediación-conciliación.

Esto curiosamente ha sido uno de los quehaceres más importantes de la CONAMED desde su creación hace dos décadas.

Sin embargo, en la opinión de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Puebla, los recientes cambios legales del país obligan a otra proyección de una institución tan distinguida como la CONAMED.

Nosotros consideramos que su responsabilidad inicial terminó en concordancia con los nuevos cambios constitucionales que permiten que la CONAMED adquiera responsabilidades de mayor envergadura.

Se insiste en que sin duda, su quehacer ha sido loable y por demás productivo, pero ahora estamos seguros que llegó el momento en que esa Institución, dé un paso más adelante y adquiera mayores retos, como lo es proponer una proyección distinta y de mayor responsabilidad en el Arbitraje Médico mexicano.

Es indispensable, desde nuestro punto de vista, que la CONAMED se adapte a los nuevos tiempos del marco jurídico nacional, aceptando una mayor responsabilidad que le permita servir, en otra etapa de su quehacer, a los intereses legales del binomio prestadores de servicios sanitarios-pacientes, cuando una o ambas partes, no hayan aceptado el laudo emitido por alguna Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CESAMED).

La larga trayectoria de la CONAMED le ha permitido madurar en la atención de la queja médica, de tal manera que su experiencia ahora, como un quehacer indispensable, debe reflejarse en la capacitación permanente a todo el personal de las CESAMED, para que de manera uniforme estas cuenten con un personal preparado adecuadamente y sobre todo actualizado en lo concerniente a los marcos legales del presente, y la gama de procedimientos que implica el quehacer de este medio altamente especializado, en el ámbito de la conciliación-mediación o de la elaboración de laudos en materia médica.

En todo el mundo, sigue siendo muy difícil, contar con un recuento estadístico verídico sobre las posibles fallas o eventos adversos (EA) resultantes de las múltiples actividades del heterogéneo personal sanitario (médicos, enfermeras, químicos, técnicos, personal administrativo, etc.). México no es la excepción.

Tampoco existen estadísticas confiables y universales con relación a los EA, pero en términos generales se puede considerar que de cada diez intervenciones del personal sanitario, dos tienen alguna falla, aunque el impacto en la mayoría, o pasa desapercibido o se corrige sin quedar evidencia de que sucedieron.

Desgraciadamente, el quehacer humano no es infalible, y en ocasiones los resultados son indeseables y evidentes, lo que genera la queja médica.

Las CESAMED son instituciones especializadas y como tales, sólo atienden los casos en los que los señalados por una posible mala práctica, sean trabajadores de la salud con las autorizaciones respectivas de parte de las universidades u otras instituciones calificadas por la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, para extender los títulos, licencias y certificados respectivos. Además, se requiere que tengan una cédula profesional que le acredite como personal sanitario, tal es el caso por ejemplo de médicos cirujanos, licenciados en medicina, enfermera general, técnico de laboratorio, etc.; es decir, los ciudadanos autorizados por el Estado mexicano para el

ejercicio de actividades médicas, paramédicas, administrativas u otras, relacionadas con el cuidado de la salud, con lo que se les permite el ejercicio de su profesión o de ser el caso de sus responsabilidades técnicas-médicas.

El usuario de los servicios, de tener una queja con relación a su atención, tiene varias opciones para reportar su inconformidad; entre ellas se encuentran en el sector público las contralorías y las fiscalías (ministerios públicos). Con los cambios legales vigentes, se puede solicitar la atención de la misma en un despacho privado que tenga la autorización para ello, o en centros de mediación públicos, como es el caso de primera instancia de las CESAMED, que son las más indicadas por la naturaleza del conflicto y la cercanía con las partes, y con la CONAMED que se espera en el futuro ejerza una nueva función como "Tribunal de Alzada".

El análisis de las causas del conflicto independientemente de su manejo jurídico también debe considerarse como una "oportunidad de mejora" que proviene del análisis del porque las cosas fueron mal. El estudio exhaustivo del evento adverso por el que los resultados no fueron los esperados, es fundamental para identificar debilidades del sistema para corregirles y con ello evitar que se vuelvan a repetir. No aprender de la falla es imperdonable, que se repita es inexcusable. De los yerros se deben desprender los elementos para mejorar la calidad de la atención. No apegarse a las medidas preventivas de las fallas, también genera gastos multimillonarios a la sociedad lo que afecta incluso a las finanzas nacionales.

Las Comisiones de Arbitraje Médico Nacionales y el derecho contemporáneo en nuestro país

"Casi todo el personal sanitario –siempre hay algunas excepciones–, por supuesto sienten una profunda vergüenza cuando sus pacientes sufren o mueren como resultado de sus esfuerzos, una vergüenza que se vuelve aún peor cuando el caso se ve envuelto en un litigio" M. Henry. (n.1950)

Los "clientes" de las Comisiones de Arbitraje Médico, son por igual los usuarios inconformes con los resultados de un manejo médico y los integrantes del gremio sanitario que genera la queja.

Estas dependencias del Gobierno Federal y de los estados de la República, ofertan para dirimir las diferencias entre ambos clientes, solucionar el conflicto mediante MASC. Se tiene 20 años de una experiencia colectiva.

Los MASC ofertados por las Comisiones de Arbitraje Médico del país (conciliación-mediación), permite a las partes dirimir sus diferencias en la máxima reserva, a través de una vía NO JUDICIAL y totalmente confidencial, lo que permite la solución de la controversia, de manera no sólo eficiente sino también rápida, expedita y gratuita.

El arbitraje es otro recurso, aunque no debe ser considerado como el quehacer más importante de estas, a pesar de que de ahí se haya tomado su nombre.

Por si fuera poco, la oferta de estas Comisiones, va más allá de los alcances de la novedosa Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal, ya que si por la razón que sea, las partes no llegan a la conciliación-mediación, estas Comisiones tienen la atribución de convertirse en árbitros. El ARBITRAJE MÉDICO (AM), es una forma de resolver el litigio SIN recurrir a los medios jurisdiccionales tradicionales. Su veredicto se expresa a través de un laudo.

La fortaleza de este recurso, radica en que LAS PARTES seleccionan a través de su dicho y de mutuo acuerdo, a quién o quiénes estarán encargados de resolver el conflicto. Este es un procedimiento flexible y dinámico, con

lo que se acortan sustancialmente los tiempos, comparados a los que se manejan en la justicia ordinaria.

Es obligación de estos componedores especializados, hacer acopio de toda la información con relación al conflicto para analizar en profundidad la causa de la controversia y dictaminar imparcialmente si existe o no responsabilidad de uno, varios o todo un equipo involucrado.

El AM, se caracteriza por ser un procedimiento imparcial, consensual y confidencial, participando en ello pares en el ejercicio de aspectos relacionados con la atención médica, los que constituyen una gama muy amplia incluyendo médicos, enfermeras, químicos, técnicos radiólogos, administrativos, personal de intendencia, mantenimiento, etc., idénticos a los del área de desempeño del o los supuestos responsables. Se insiste en el hecho que son las partes quienes aceptan a los arbitradores y se someten voluntariamente, al análisis de los mismos, comprometiéndose los involucrados a acatar el veredicto emitido por ellos.

Deplorablemente, el laudo tiene como homónimo el término sentencia, que es el empleado para identificar las determinaciones de los jueces dentro del sistema tradicional de impartición de justicia, y lo será incluso dentro de los juicios orales.

De ahí que se ha llegado a inferir, que como tal es susceptible de ir a un Juicio de Amparo, lo que desgraciadamente termina con la posibilidad de que se haga justicia de manera pronta y expedita.

Futuro del Arbitraje Médico

"Alguien puede resistirse a la invasión de los ejércitos, pero nadie puede resistirse a la invasión de las ideas".

–Víctor Hugo (1802-1885)–

Se vuelve indispensable que en todos los estados de la República exista una Comisión de Arbitraje Médico, incluyendo a la Ciudad de México.

Las actividades de la Comisión Nacional deberán ser de apoyo para el desarrollo permanente del personal de las comisiones estatales, y de manera sustancial actuar como un tribunal de alzada, encargado de recibir las apelaciones de aquellos inconformes con el resultado de los laudos emitidos por las comisiones estatales, o de ser el caso atender conflictos que por su naturaleza sean extremadamente complejos y que no se cuente con los recursos necesarios para manejarlos.

La comisiones de arbitraje médico, deberán en su quehacer como MASC, propiciar de manera permanente en las universidades del país, la instalación de cátedras que se refieran en las etapas de pregrado de las ciencias de la salud y del derecho, a lo relacionado con los eventos adversos en la práctica de las ciencias de la salud, para que los alumnos desde la formación universitaria se capaciten para conocer el aspecto jurídico de la práctica médica.

Aprender de las fallas es fundamental. El inicio de la práctica profesional y de ser el caso, durante los estudios de posgrado y en la aplicación clínica, el conocimiento de las consecuencias legales de los yerros, debe permitir al gremio, aprender de éstos para evitar que se vuelvan a repetir.

Hoy México ha dado muestra de un dinamismo jurídico sin precedentes, ahora le toca al arbitraje médico del país hacer propia su responsabilidad para aprovechar la queja médica como un detonador para que contemos con una práctica de la medicina más segura y de calidad.

"Los estados son grandes máquinas... que se mueven lentamente".

–Sir Francis Bacon (1581-1566)–

Noticias

Dictan auto de formal prisión a médico que extirpó ojo a menor

Referencias

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917*. Última reforma publicada DOF 29-01-2016.
2. Ley de Medios Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal. Nueva Ley publicada en el DOF el 29 de diciembre de 2014.
3. Ley General de Salud. Última reforma publicada en el DOF el 9 de octubre de 2007.
4. Decreto de Creación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Publicada en el DOF el 03 de junio de 1996.
5. Decreto por el que crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Pública del Estado, publicado en el Periódico Oficial el 27 de diciembre de 1999, Tomo CCXXVI, Número 12, Segunda sección).

CAPÍTULO
38

EL ABOGADO Y EL CIRUJANO GENERAL

Mtro. Abraham Amiud Dávila Rodríguez
Christian Antonio Díaz Carlos.

Cuando hablamos del abogado y el cirujano, en un principio nos cuesta entender qué en comun tienen ambas profesiones para que puedan desarrollar una sinergía en su actuar profesional, sin embargo, no escapa de vista el que prácticamente todos los acontecimientos cotidianos de las personas, (el médico cirujano no escapa de esta dinámica), se encuentran regulados por leyes y reglamentos, los cuales el abogado es parte fundamental.

Así, cada situación que vivimos desde que nacemos hasta que morimos tiene que ver con el derecho, tales como el nacimiento y el matrimonio, que exigen una constancia legal donde consten ambos eventos o una sencilla violación al Reglamento de Tránsito cuando conducimos un vehículo, y por ello también los actos médicos así como el desarrollo profesional del Cirujano General está regulado. A ahora veremos como parte del presente artículo los ambitos jurídicos donde se encuentra esa regulación.

La vida y la salud. Bienes jurídicos protegidos por el Estado.

La vida y la salud de las personas son un bien jurídicamente tutelado por el Estado, aún cuando actuemos con el consentimiento mismo de la persona, verbigracia lo que representaría a una persona bajo su consentimiento y decisión de quitarse la vida (suicidarse), el Estado inmediatamente se lo impediría porque ese bien jurídico es superior a la decisión personal que se tenga para realizar tal acto que afecta la vida; lo mismo ocurre en el caso de la salud, donde a pesar que una persona en estado de urgencia, enteniéndose por tal "todo padecimiento médico quirúrgico que ponga en riesgo la vida, la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata", se niegue a que se le proporcione atención médica, el Estado tiene la obligación de entrar para salvaguardar esa vida y que el médico cirujano general, realice cuanto esté a su alcance para preservar la salud del paciente en esas condiciones.

Un claro ejemplo de lo anterior lo encontramos en el caso de personas que haciendo uso del derecho a libre manifestación contenido en el artículo 6 Constitucional, deciden hacer huelga de hambre, caso en el cual el Estado, tiene la obligación de respetar ese derecho, sin embargo, éste tiene un límite, que se actualiza cuando contraviene un derecho constitucional de mayor generación, como lo es el caso de la protección a la salud, que está por encima de

aquél, y donde el propio Estado, encargado de dar protección a la salud de las personas, proporciona los servicios médicos para que revise la salud al huleguista, para que de encontrarlo en condiciones de seguir su voluntaria huelga de hambre continúe con ella en apego al derecho constitucional de libre manifestación, pero que para el caso de encontrarlo en un estado de urgencia conforme la definición anterior, lo obliga a actuar de inmediato, canalizándolo, hidratándolo y proporcionándole toda la atención médica oportuna y necesaria para salvaguardar su vida y estabilizarlo, quien hecho lo anteior, deberá respetando nuevamente su derecho constitucional a manifestarse, permitir que vuelva a la huelga de hambre que dio origen a la atención médica del Estado.

Normas y legislación aplicable en la formación del cirujano

Internado

Una de las primeras regulaciones que aparece en la formación del médico como interno es la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003 respecto a la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, cuyo objetivo es regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud considerados como campos clínicos, para coadyuvar en la formación de alumnos en ciclos clínicos e internados de pregrado de la licenciatura en medicina.

El Internado de Pregrado es el periodo obligatorio previo al Servicio Social e indispensable para que los estudiantes de la carrera de medicina integren y consoliden los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los ciclos escolarizados previos de la carrera, por lo tanto existen también reglamentos dentro de cada entidad federativa para regular esta etapa de formación vinculado con las universidades de medicina, los cuales son desconocidos por la gran mayoría de los estudiantes.

La programación y distribución de los alumnos al programa de internado, también se encuentra regulado, siendo una pena que pocos estudiantes de medicina por no decir nadie, conocen sus derechos y obligaciones como internos.

Residencia Médica

En esta etapa de formación del médico en donde busca acceder al sistema nacional de residencias médicas deben conocer el acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, quien tiene la finalidad de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud, la cual también cuenta con un reglamento interior el cual es importante conocer para el debido conocimiento de las funciones de la misma.

Una vez acreditado el examen nacional para aspirantes a residencias médicas y al acceder a dicho sistema deben tener conocimiento de la Norma Oficial Mexicana que regula la Residencia Médica la cual se denomina Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Medicas, y que como objetivo principal tiene la de regular la organización y funcionamiento de las residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del sistema nacional de salud.

Es poco frecuente que un médico residente sea desaprobado del programa de

especialidad, a pesar que no tenga los conocimientos necesarios para hacerlos, sin embargo ,una vez más la falta de conocimiento tanto del profesor a cargo del programa de residencias, como de los médicos residentes de sus derechos y obligaciones, provoca la falta de seguimiento adecuada al citado programa de formación, considerando que sería extraordinario que el primer examen a médicos residentes fuera sobre sus derechos, pero sobre todo sus obligaciones, o que permitiría un mejor desarrollo de capacidades del medico cirujano.

Durante el ejercicio profesional

Ámbito privado

En el ámbito particular, entre el cirujano general y su paciente, desde el momento mismo en que el segundo visita el consultorio del primero se genera ya un vínculo jurídico denominado CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES, que aunque no se encuentra por escrito, es un contrato CONSENSUAL, esto es, sin la formalidad escrita, pero válido, y por ende genera derechos y obligaciones para ambas partes; por un lado al médico cirujano general a prestar su servicios especializados y de los cuales debe acreditar conocimientos y por el paciente, la obligación de continuar al pie de la letra las indicaciones médicas y pagar. Sin embargo, también ambos tienen derechos, el médico a ser tratado con dignidad y el paciente a que se le informe debidamente de su padecimiento, sus riesgos, beneficios y otras altrnativas de solución.

Aquí vamos a encontrar dos supuestos, que rara vez advertimos el tema jurídico con el hecho jurídico, por un lado que el cirujano general oferta sus servicios en la rama y los procedimientos que en realidad fue capacitado y propios de su especialidad, esto es, no podría legalmente ofertar un servicio de cirugía bariátrica o de liposucción, si en el primero de los casos a pesar de ser de su especialidad no cuenta con el adiestramiento para tal efecto, y en el segundo, se trata de un procedimiento que no es propio de su especialidad.

Lo anterior, aun y cuando a pesar que el artículo 4 de la Ley Reglamentaria del artículo 5 Consititucional relativo a las Profesiones, contempla que se formarán comités que establecerán los campos de acción de cada especialidad, y éstos no se han conformado y delimitado en ese campo de acción, (esto es, no existe expresamente una disposición jurídica que marque el actuar de una especialidad y otra). El actuar profesional debe encontrarse enfocado en las ramas en las que se preparó a ese profesional de la salud, con excepción de nuevas técnicas y procedimientos que tienen una regulación particular, pero no, en el caso en que esos procedimientos médicos son materia del programa de estudios de otra especialidad.

Por otro lado, nos encontramos con el supuesto que el paciente, no cumple con su obligación tácita de proporcionar toda la información solicitada por el médico cirujano, y necesaria para un diagnóstico certero, y la falta de seguimiento puntual a las indicaciones médicas, ambas obligaciones son determinantes para recuperar la salud del paciente, que es el fin último del acto jurídico denominado contrato de prestación de servicios.

Los incumplimientos a ambas obligaciones, al repercutir evidentemente en el resultado del tratamiento médico, que es el objeto del acuerdo de voluntades, generan por supuesto como cualquier otro contrato, una causal de recisión del acuerdo, que daría lugar a que no se cumpliera el objeto del contrato (recuperación de la salud del paciente), sin responsabilidad para la otra parte (médico), lo que en la mayoría de los casos no ocurre principalmente por los siguientes motivos:

a) El cirujano, más que requerir a su paciente a cumplir también con sus obligaciones contractuales y exigirle en su momento seguir al pie las indicaciones médicas y demostrárselo, así como proporcionar la información cierta y previa de su estado de salud con detalles en términos de las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, fue formado para solucionar la salud de sus pacientes, sin importar si éstos cumplen o no sus obigaciones contractuales, aun ante su incumplimiento, continua ahora indictando tratamientos más agresivos, conociendo la informalidad del paciente ante su propia atención y cuidado.

b) La falta de evidencia de que el paciente incumple sus obligaciones ya descritas, como el alimentarse adecuadamente, aun y cuando son detectados padecimientos principalmente gastrointestinales o crónico degenerativos, donde la alimentación es fundamental para recuperar la salud, que ante la continuación del padecimiento es claro no fue cuidado el plan de alimentación, que es obligación del paciente ante la indicación médica, no obstante ello, sí se presentan reclamaciones ante el fallecimiento o daño en la salud, que no fue provocado por el cirujano, sino por el incumplimiento del paciente.

c) La falsedad u omisión de la información proporcionada en la Historia Clínica o en el transcurso del tratamiento de la enfermedad, sin duda son determinantes para un fracaso en el objeto del contrato, tales como ocurre de manera frecuente con el tema de las adicciones, parejas sexuales y otros datos que se contextualizan en un escenario de ocultamiento a la familia y no aceptación de elementos de la salud del paicente y que como referimos, generan un notorio incumplimiento de la obligación de proporcionar información certeza y correcta al cirujano para actuar en consecuencia.

Institucionalmente

En el ámbito privado, la situación practica es muy parecida, más no así la naturaleza jurídica de la relación cirujano-paciente; ya que mientras en el ámbito privado el acuerdo o contrato es de naturaleza civil y directamente lo celebran las partes (cirujano y paciente), en el ambito institucional, el vinculo jurídico o contrato es de naturaleza Administrativa y lo tienen (la Institución y el paciente), esto a través de un acuerdo, en este caso revestido en forma de Ley, (Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social o Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y sus Reglamentos de Prestaciones Médicas), en el cual la Institución determina la forma y términos en que se prestará el servicio médico, así como los derechos y obligaciones de ambas partes.

Lo curioso del caso es que en ninguna de esta regulación se establece como obligación del paciente la de seguir al pie las indicaciones médicas o proporcionar la información previa de su padecimiento de manera certera, so pena de generar una penalidad ante el incumplimiento, lo que sí repercute en el resultado de la atención y por supuesto en reclamaciones de los pacientes a los cirujanos.

En el caso de la relación jurídica Institucional, además existe otro contrato no menos importante, que es el que se genera entre la institución y el Cirujano, el cual es de naturaleza laboral y que a diferencia de los contratos previos, si es por regla general muy específico y claro, determinando derechos y obilgaciones de las partes.

Ambos acuerdos (el administrativo entre el paciente y la Institución, como el laboral entre el cirujano y la Institución), son los que curiosamente regulan la relación jurídica y trato diario ante un padecimiento, de dos personas del derecho, que a pesar de tener una relación

médico.paciente, no tienen un vínculo jurídico entre ellos de manera directa, sino indirecta; pues tienen en común que a ambos los une la relación jurídica que cada uno tiene con la Institución.

Sin duda hay que rescatar de esta relación jurídica, que cuando existe una queja de cualquier naturaleza (penal, civil o administrativa), relacionada con la atención médica, el paciente debería en el ámbito institucional, solo presentarla en contra de la Institución, que es con la que tiene el acuerdo o vínculo jurídico, a través de la Ley Instituciones y su Reglamento de Prestaciones Médicas, pero no de manera directa con el cirujano, con quien ni siquiera tiene ese vínculo de derechos y obligaciones recíprocas.

Una vez analizado lo anterior, nos encontramos cómo un mismo hecho jurídico, tratándose de un acto médico, podría generar un trato legal diferente, verbigracia el caso de un evento de lesión ocasionada por una mala admistración de un anestésico por parte del médico especialista en Anestesiología que es parte de nuestro equipo médico al intentar iniciar una colecistectomía, en el que tratándose de un caso de naturaleza de contratación particular, el paciente celebró ese contrato aun consensual directamente con el médico cirujano, y por ende ante el incumplimiento por una causa atribuible a mi equipo médico (entre ellos el médico anestesiólogo), por supuesto que generaría la posibilidad de una demanda exigiendo la responsabilidad civil al cirujano general, aun y cuando éste no ejecutó físicamente el acto del que se duele el paciente, ya que fue con éste con quien se celebró el acuerdo y quien en esos términos se obligó a proporcionar al médico especilaista en Anestesología para llevar a cabo el procedimiento. En el ámbito institucional, esto no podría ser igual, en tal hipótesis, el cirujano no obstante de no ejecutar el acto físicamente, tampoco se obligó mediante ningún medio jurídico a proporcionar los servicios anestésicos para el acto médico de colecistectomía, si no que la institución con la que tiene el vínculo jurídico fue quien se obligó a tal situación proporcionando por su cuenta a ese especialista, y por ello ante un evento similar es imputable la responsabilidad a ese ente institucional, luego entonces es claro que la determinación de la responsabilidad tiene su origen en el tipo de relaciòn jurídica que generó el acto médico, ya sea privada o institucional.

Normas Oficiales Mexicanas

Así como existen las leyes y Reglamentos, hay determinados actos médicos regulados en Normas Oficiales Mexicanas, las cuales tienen su sustento en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la cual establece claramente qué finalidad es la que persiguen, en su artículo 40, que a la letra dice:

Artículo 40.- Las normas oficiales mexicanas tendrán como finalidad establecer:

I. Las características y/o especificaciones que deban reunir los productos y procesos cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal, el medio ambiente general y laboral, o para la preservación de recursos naturales;

II. Las características y/o especificaciones de los productos utilizados como materias primas o partes o materiales para la fabricación o ensamble de productos finales sujetos al cumplimiento de normas oficiales mexicanas, siempre que para cumplir las especificaciones de éstos sean indispensables las de dichas materias primas, partes o materiales;

III. Las características y/o especificaciones que deban reunir los servicios cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal o el medio ambiente general y laboral o cuando se trate de la prestación de servicios de forma generalizada para el consumidor;

IV. Las características y/o especificaciones relacionadas con los instrumentos para medir, los patrones de medida y sus métodos de medición, verificación, calibración y trazabilidad;

V. Las especificaciones y/o procedimientos de envase y embalaje de los productos que puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud de las mismas o el medio ambiente;

VI. (Se deroga)

VII. Las condiciones de salud, seguridad e higiene que deberán observarse en los centros de trabajo y otros centros públicos de reunión;

VIII. La nomenclatura, expresiones, abreviaturas, símbolos, diagramas o dibujos que deberán emplearse en el lenguaje técnico industrial, comercial, de servicios o de comunicación;

IX. La descripción de emblemas, símbolos y contraseñas para fines de esta Ley;

X. Las características y/o especificaciones, criterios y procedimientos que permitan proteger y promover el mejoramiento del medio ambiente y los ecosistemas, así como la preservación de los recursos naturales;

XI. Las características y/o especificaciones, criterios y procedimientos que permitan proteger y promover la salud de las personas, animales o vegetales;

XII. La determinación de la información comercial, sanitaria, ecológica, de calidad, seguridad e higiene y requisitos que deben cumplir las etiquetas, envases, embalaje y la publicidad de los productos y servicios para dar información al consumidor o usuario;

XIII. Las características y/o especificaciones que deben reunir los equipos, materiales, dispositivos e instalaciones industriales, comerciales, de servicios y domésticas para fines sanitarios, acuícolas, agrícolas, pecuarios, ecológicos, de comunicaciones, de seguridad o de calidad y particularmente cuando sean peligrosos;

XIV. (Se deroga)

XV. Los apoyos a las denominaciones de origen para productos del país;

XVI. Las características y/o especificaciones que deban reunir los aparatos, redes y sistemas de comunicación, así como vehículos de transporte, equipos y servicios conexos para proteger las vías generales de comunicación y la seguridad de sus usuarios;

XVII. Las características y/o especificaciones, criterios y procedimientos para el manejo, transporte y confinamiento de materiales y residuos industriales peligrosos y de las sustancias radioactivas; y

XVIII. Otras en que se requiera normalizar productos, métodos, procesos, sistemas o prácticas industriales, comerciales o de servicios de conformidad con otras disposiciones legales, siempre que se observe lo dispuesto por los artículos 45 a 47.

Los criterios, reglas, instructivos, manuales, circulares, lineamientos, procedimientos u otras disposiciones de carácter obligatorio que requieran establecer las dependencias y se refieran a las materias y finalidades que se establecen en este artículo, sólo podrán expedirse como normas oficiales mexicanas conforme al procedimiento establecido en esta Ley.

Como se advierte de la transcripción anterior, una Norma Oficial Mexicana, no puede

y no debe suplir a la Ley o a los Reglamentos, cuya naturaleza es diversa, no obstante en la actualidad y en específico en materia de salud, si existen Normas Oficiales Mexicanas que violentando el principio de supremacía constitucional, incluyen en sus textos regulaciones exclusivas de las Leyes y de los Reglamentos, como en los casos siguientes:

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas

10. Derechos de los médicos residentes

De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otros, son derechos de los médicos residentes, los siguientes:

11. Obligaciones de los médicos residentes

De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otras, son obligaciones de los médicos residentes, los siguientes:

Como podrá advertirse los derechos y obligaciones de los residentes, deberían contenerse en Leyes o Reglamentos, pero no en Normas Oficiales Mexicanas, que tienen como finalidad la contemplada y ya transcrita del artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y que para nada advierten estos derechos y obligaciones, y no es que considere que el contenido sea inadecuado, pero si inconstitucional, y esto ha venido ocurriendo porque es más sencillo incluir en Normas Oficiales Mexicanas estas disposiciones que vivir el proceso de ser incluidas en una ley, lo que implica en muchas de las ocasiones sesiones políticas, lo que es claro es que estos contenidos nada tienen que hacer en una Norma, porque no se cumple con la finalidad de una Norma tal y como lo señala el artículo 40 de la ley Federal sobre Metrología y Normalización.

NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

12. De la publicidad

La publicidad para efecto de esta NOM, se deberá ajustar a lo siguiente:

12.1 No anunciar la curación definitiva.

12.2 No hacer referencia a tratamientos en los que no se distinga el manejo particular.

12.3 No promover la utilización de medicamentos secretos y/o fraccionados.

12.4 No referirse a insumos o tratamientos que no estén respaldados científicamente en Investigación clínica.

12.5 No sustentar tratamientos en aparatos electrónicos o mecánicos reductores de peso como única opción.

12.6 No promover para el manejo del sobrepeso y obesidad, anorexígenos, diuréticos y extractos tiroideos, fajas de yeso, así como de inyecciones de enzimas y animoácidos lipolíticos.

12.7 No inducir la automedicación.

Como se advierte estos aspectos tampoco son la finalidad de una Norma Oficial Mexicana, sino por el contrario, estas cuestiones de publicdad en salud, se encuentran debidamente reguladas en todos sus aspecos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad y no deben encontrarse previstos en una Norma, porque no cumplen los requisitos a que se refiere el artículo 40 de la ley Federal sobre Metrología y Normalización.

NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis

5. Personal de salud

5.1. De los médicos.- Únicamente podrán prescribir y aplicar el procedimiento terapéutico de hemodiálisis, los médicos especialistas en nefrología con certificado de especialización y cédula profesional legalmente expedidos

y registrados por las autoridades educativas competentes.

5.2. Del personal de enfermería.- Podrán intervenir en los procedimientos de hemodiálisis, preferentemente el personal que tenga especialidad en nefrología o el personal profesional y técnico que demuestre documentalmente haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis, por un período mínimo de seis meses, impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada.

Como también en este caso se advierte, estos puntos tampoco deberían encontrarse en una Norma Oficial Mexicana, sino como actualmente ocurre en la Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional relativo a las Profesiones y su propio Reglamento, que son las específicamente creadas para tal fin, pero no puede una Norma Oficial Mexicana, contemplar un situación diferente a la prevista en el artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, pues por ejemplo en el caso que contempla un adiestramiento especial a la enfermera, es una atribución que es exclusiva del Poder Legislativo y debe ser contenida en una Ley de Educación, como ocurre en la Ley citada en éste párrafo.

Registros Médicos

Dentro de las Normas Oficiales Mexicanas, sin duda la más popular es la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico, la cual tiene como objetivo establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, convirtiéndose en la mas conocida en el ámbito de la salud, toda vez que todos aquellos que realizan un acto médico, tienen la obligación de generar un registro del mismo, a fin de conocer la historia y evolución de la salud de los pacientes.

En ese sentido, nos visualiza un gran reto su debido cumplimiento, como por ejemplo el caso de los puntos 5.9 y 5.10 que contemplan la obligación de generar notas médicas y sus contenidos.

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

No obstante lo anterior, todavía no es infrecuente que se carezcan de esas notas médicas por parte del cirujano general, siendo éstas indispensable tanto para la atención médica como para la atención de un caso de naturaleza legal, pues solo lo contenido en el expediente es lo que legalmente se realizó.

Así se actualiza el caso que el cirujano realizó una adecuada atención médica a un paciente tal y como lo marcan las guías de práctica clínica, los cánones médicos y *lex artis*, sin embargo, si estas no fueron debidamente registradas en el expediente clínico, son eventos que jurídicamente no existieron, a no ser que exista prueba en contrario, lo que entonces ya es muy dificil de comprobar.

Así mismo, lo ha sostenido el Alto Tribunal del país.

Mala práctica médica, ausencia o deficiencia de la historia clínica

La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor

fundamental, no solo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.

En lo personal no estoy tan de acuerdo con el criterio sustentado, pues si bien es cierto que el registro del acto médico es responsabilidad del médico, también lo es, que la sola omisión del registro no puede generar ni presumir una responsabilidad que el acto médico haya estado mal hecho, toda vez que admite prueba en contrario, verbigracia el hecho de haber realizado una colecistectomía y no haberla registrado, aún y cuando ésta fue realizada adecuadamente, no puede por la omisión de las notas quirúrgicas presumirse una responsabilidad ante un evento desafortunado no imputable al cirujano general, toda vez que puede demostrar en contrario, mediante estudios específicos que el procedimiento médico estuvo realizado correctamente.

El cirujano y el abogado en el consentimiento informado

Una intervención quirúrgica es un procedimiento que involucra una serie de etapas que se inician desde la preparación de la misma a través de realización de diversos estudios que garanticen la factibilidad de ésta, existiendo siempre la posibilidad de que se presenten complicaciones durante la cirugía, por lo que es de suma importancia que el cirujano recabe la carta de consentimiento informado de conformidad a la Norma Oficial 004 - SSA3- 2012 del Expediente Clínico, a través de la cual se deje expresamente asentado la información y la explicación que se le dio al paciente respecto a la práctica quirúrgica que se le realizará, así como los riesgos que conlleva la misma, siendo el profesional del derecho el profesionista que puede asesorar e incluso ayudar a redactar dicho documento para que éste se encuentre cumpliendo los requisitos de la norma citada anteriormente, y ¿porqué la importancia de lo anterior? Por que el médico cirujano también se puede ver envuelto en un conflicto administrativo en donde se le pueda criticar la incorrecta redacción del consentimiento informado por no cumplir con los requisitos impuestos por la norma oficial relativa al expediente clínico.

Se han dado un sin número de conflictos médicos legales en donde se ha olvidado recabar el consentimiento informado lo que ha traído como consecuencia sanciones para el profesional de la salud, no obstante lo anterior, existe mucho la tendencia entre los cirujanos de minimizar algunos procedimientos en donde por tratarse de procedimientos rápidos o sencillos por su experiencia o incluso pensar que no se presentarán ningún tipo de complicaciones, por lo que en ocasiones se deja de

recabar el consentimiento informado trayendo como ya se dijo sanciones de diversos tipos e incluso de recisión laboral en instituciones de salud pública.

Por ende es importante no subestimar cualquier procedimiento quirúrgico, por más sencillo que éste parezca y recabar el consentimiento informado en todos los casos manifestando los riesgos inherentes al procedimiento empleado, pues una sola complicación puede ser suficiente para perjudicar el prestigio y su carrera como profesionista, ya que muchas de las complicaciones son inherentes al riesgo relacionado con las cirugías y una falta de información adecuada al paciente y sus familiares constada en un documento puede significar resultados imprevistos que se traducen en procedimientos judiciales o administrativos que ocasionan no solo el desgaste profesional si no también el desprestigio público del médico especialista.

Además el consentimiento informado, posterior a una información detallada de todos los riesgos posibles que pueden ocurrir durante la intervención y el postoperatorio, esto permitirá que en el caso de presentarse complicaciones que pudiesen estar previstas en las inherentes a ese procedimiento, corresponderá en estas circunstancias al paciente o a sus familiares probar que ese daño fue producto de una impericia, imprudencia o negligencia. En caso contrario, al no existir un consentimiento informado y no haber informado el cirujano acerca de las posibles complicaciones, en caso de que éstas se presentasen, es el cirujano quien deberá probar que el daño ocurrido se produjo a pesar de su pericia y que era una complicación previsible inherente a dicho procedimiento.

El abogado tiene la responsabilidad de hacerle notar al médico cirujano que el expediente clínico se viene a convertir en una prueba trascendental en cualquier tipo de procedimiento judicial o administrativo que se siga en contra del profesional de la salud, su mejor aliado o su peor enemigo, por ello la importancia de contar con la información suficiente en forma secuencial que justifique el diagnóstico, tratamiento, evolución y el resultado final, siendo así la historia clínica la constancia de la práctica del cirujano.[6]

El conocimiento básico legal del cirujano

El ejercicio de la profesión de médico cirujano requiere tener conocimientos básicos de derecho y de los ordenamientos jurídicos que rigen su práctica profesional,

Conclusión

El Médico Cirujano y el Abogado son dos profesiones que bien sinergizadas, podrán seguir realizando esfuerzos para que la regulación de la practica médica sea más equitativa y justa, siempre enfocados en una fianlidad que es la salud de las personas, también el cirujano deberá conocer los derechos y obligaciones que conlleva su actuar profesional cada vez más.

Referencias

1. Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos.
2. *La responsabilidad profesional en cirugía y sus implicaciones médico legales*, Fernando Guzmán Toro, Yusbelysa Guerrero Hernández, Revista Venezolana de Cirugía.
3. *Hacia una cirugía de excelencia. Análisis crítico médico legal*. Editorial Alfil 2013. Instituto Mexicano del Seguro Social, Academia Mexicana de Cirugía, A.C., Fundación IMSS, A.C.
4. *Implicaciones médico legales de la practica quirúrgica*. Marcelo López Avellanada. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 4.
5. Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional.

CAPÍTULO
39

LA CIRUGÍA GENERAL ACTUAL EN MÉXICO

Dr. Jorge Cervantes Castro

El recién graduado de las más de 120 facultades y escuelas de medicina del país no tiene la formación ni está capacitado para ejercer como cirujano[1], ni en ningún otro campo especializado de la medicina, sino que es un médico general capacitado para brindar atención primaria sobre los problemas más frecuentes de salud en su comunidad, lo que se conoce como primer nivel de atención.

Los médicos generales interesados en obtener la especialización en cirugía deben seguir un largo trayecto, de varios años[2], que comienza con un curso de preparación para inscribirse en el examen de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)[3], entidad académica que se fundó el 19 de octubre de 1983 "reconociendo la importancia del derecho a la salud y considerando la gran disparidad de programas de formación de recursos humanos para la salud que existen en México con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre estas dos en el proceso de formación de recursos humanos que se necesitan en el sistema nacional de salud". Para tal efecto, se encarga de elaborar y aplicar el examen que deben aprobar los médicos en México interesados en especializarse en alguna rama del conocimiento médico.

En el aspecto que nos ocupa, de la formación de cirujanos, la CIFRHS tiene la facultad de proponer criterios de selección para los alumnos que desean estudiar la especialidad. Para tal fin la CIFRHS ha elaborado desde su creación, un ambicioso programa de selección de los médicos aspirantes mediante un estricto examen nacional de aspirantes a residencias médicas (ENARM) que se efectúa cada año en el mes de octubre y cuyos resultados se publican en la prensa nacional al mes siguiente para que los médicos seleccionados puedan solicitar el ingreso a los programas acreditados en cada especialidad.

Una de las especialidades más solicitadas actualmente es la de cirugía general, que sólo cuenta con 639 plazas para residentes de primer año en todo el país. En el año 2015 presentaron el examen más de 5 mil 228 aspirantes[4]. Con el modelo de la curva o Campana de Gauss, se seleccionan los mejores 639 aspirantes por número de puntos obtenidos, solo 12% logró el pase; lo que les permitió acceder a alguna de las 133 sedes con programas de enseñanza aprobados por 34 diferentes universidades o escuelas de Medicina.

Los restantes que no fueron seleccionados, cerca de 4 mil 500 médicos que no logran ingresar a un programa de formación como cirujanos, se agregan a la gran cantidad de médicos generales en todo el país, pero con su título y cédula de "Médico Cirujano" que los ampara en el ejercicio de su profesión en todo el país tal como está especificado en dichos documentos.

Generalmente, los alumnos mejor calificados entre estos 639, son los que acuden a solicitar las mejores plazas en los hospitales públicos o privados de prestigio; por consiguiente, quienes se encuentran en la última escala de los 639, tienen que buscar acomodo en los lugares sobrantes, que por lo general cuentan con programas de poco prestigio académico.

Existen numerosas instituciones que ofrecen oportunidades de enseñanza para la formación de cirujanos. Un hecho es que no hay uniformidad en los programas, que por regla, todos son de cuatro años de duración. Uno de los mejores programas, por mucho, es el que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México[5], que tiene en el país 25 sedes aprobadas por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, y siguen el PUEM (Programa Único de Especialidades Médicas). Para Cirugía General se requiere un periodo mínimo de cuatro años en un hospital de enseñanza, con la supervisión estricta de un profesor titular y de profesores asociados. Estos docentes tienen nombramiento oficial universitario. Los alumnos deben cubrir todas las materias del PUEM y demostrar a satisfacción de sus Profesores que han adquirido las destrezas necesarias para obtener el grado de especialista en Cirugía General[6,7,8,9].

Las otras instituciones con programas de adiestramiento para cirugía general son 33 facultades o escuelas de medicina de universidades estatales o privadas. Entre las que destacan por su prestigio se encuentran: la Universidad de Guadalajara, la de San Luis Potosí, la del Hospital Universitario de Monterrey, del Hospital Civil de Guadalajara, la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), la Universidad La Salle y de los diversos hospitales de la Secretaría de Salud y de las de seguridad social IMSS, ISSSSTE y de las fuerzas armadas (SEDENA, SEMAR, PEMEX).

El campo de la Cirugía General es muy extenso, ya que es la madre de todas las especialidades quirúrgicas, así que el graduado de un buen programa de Cirugía General debe estar capacitado para tratar la patología habitual que se observa en la comunidad, como la cirugía de pared abdominal, cirugía gastroenterológica, cirugía laparoscópica, de cabeza y cuello, cirugía endócrina, cirugía de tórax y cirugía vascular, así como cirugía oncológica y la relacionada con trauma[10,11,12].

La formación de un buen cirujano, requiere una mezcla de conocimientos básicos aplicados a las áreas de anatomía, fisiología, bioquímica, patología, histología, bacteriología, entre otras; así como habilidades y destrezas que no se limitan sólo al acto quirúrgico, sino que abarcan todos los aspectos de la clínica: el diagnóstico, las indicaciones de un procedimiento quirúrgico, los cuidados pre, trans y postoperatorios, y lo que es muy importante, el criterio para poder actuar y tomar decisiones sobre la marcha, al enfrentar situaciones inesperadas o de emergencia. Durante sus cuatro años de residencia, el programa debe incluir rotaciones en hospitales donde se puedan adquirir destrezas que no se obtienen en su hospital sede[13,14,15,16,17] y durante el último año, el residente debe cumplir un Servicio Social de cuatro meses como cirujano único en un pequeño hospital o centro de salud en alguna comunidad rural del país. Al término de

su residencia de cuatro años y como requisito para graduarse, el residente debe elaborar una tesis y presentar un examen final, que lo hará acreedor al título universitario de "Cirujano General." Una vez obtenido dicho documento, el recién graduado como cirujano debe acudir a la Dirección de Profesiones que a su vez le expide la cédula de "Especialista en Cirugía General"; y después debe presentar los exámenes, escrito y oral del Consejo Mexicano de Cirugía General para obtener el certificado correspondiente como cirujano.

La cirugía es quizá la rama de la medicina que más transformaciones ha experimentado en las últimas décadas; basta con señalar los importantes desarrollos tecnológicos como los de la cirugía de mínima invasión, la microcirugía, la cirugía endoscópica, la cirugía endovascular, entre otras; para nombrar únicamente algunos de los grandes avances logrados a finales del siglo XX y a principios del siglo XXI[18].

Con la impresionante revolución en la era de la informática, los residentes de cirugía tienen acceso a infinidad de canales de información sobre nuevas tecnologías y pueden practicar diferentes técnicas en modelos de cirugía virtual. Todo lo anterior le proporciona al residente una capacidad inagotable para ampliar su preparación[19].

Debido a que no existe un criterio uniforme para la elaboración y el seguimiento de los programas de enseñanza de cirugía en el país, estos son muy variables. Hay instituciones que cuentan con excelentes departamentos de cirugía experimental en animales, o con laboratorios equipados con sofisticados maniquíes y robots para prácticas en simuladores; programas que incluyen estancias de sus residentes por periodos electivos en hospitales del extranjero o en programas de intercambio de residentes con otras universidades o instituciones del país. Entre más acceso a profesores o instituciones diferentes tenga el residente de cirugía durante su periodo formativo, mejor será su preparación. Desgraciadamente existen también instituciones con grandes carencias, tanto en equipos como en facilidades para lograr una sólida formación de los residentes, lo que se ve reflejado al término del programa cuando muchos de estos graduados no logran pasar el examen de certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General[20].

Se sabe que cada año, de las 34 diferentes sedes con 133 programas de capacitación aprobados por las diferentes universidades, para la carrera de Cirugía General que existen en el país, egresan entre 450 y 500 nuevos cirujanos. Como es de esperar, todos ellos deberían someterse al examen del Consejo Mexicano de Cirugía General para lograr la certificación, pero según datos recientes del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM)[21], en los últimos cinco años sólo se han certificado menos de la mitad de los egresados de dichos programas, como se muestra en la siguiente figura.

FIGURA 1. total de egresados en cirugía general que obtuvieron la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General

AÑO	CERTIFICADOS RECERTIFICADOS	
2011	141	172
2012	266	307
2013	340	347
2014	312	277
2015	305	347
TOTAL	1395	1419

Fuente: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. CONACEM, Junio 2016.

De hecho, en el año 2014 un alto porcentaje (30%) de los residentes de cirugía que

presentaron el examen escrito del Consejo Mexicano de Cirugía General, obtuvieron calificación reprobatoria[22], lo que refleja la mala calidad del programa en el que se formaron. Después del examen escrito, deberán pasar el examen oral y al aprobarlo, recibirán el certificado que los acredita como especialistas en cirugía general.

Una vez en poder de este documento, el verdadero cirujano general puede iniciar la búsqueda de empleo en algún hospital del sector salud, dedicarse a la medicina privada o continuar su formación en alguna de las súper especialidades de la cirugía, como la cirugía oncológica, endócrina, vascular, cirugía de tórax, cirugía pediátrica, entre otros programas que son aún más difíciles de conseguir que los de cirugía general, debido a la menor disponibilidad de plazas[23].

La mayor parte de las instituciones de salud, oficiales o privadas, exigen desde hace muchos años, que el especialista obtenga su certificación en el Consejo de la especialidad correspondiente, pero este trámite no es obligatorio, aunque es muy importante desde el punto de vista académico, de prestigio y protección en caso de demandas médicas.

El Consejo Mexicano de Cirugía General, establecido en 1978[24], es la institución que certifica, mediante un riguroso examen escrito y oral, la preparación del Cirujano General al expedirle el Certificado, que tiene una vigencia de cinco años, al cabo de los cuales, el especialista debe obtener su recertificación, que se puede lograr mediante un examen escrito o demostrando con documentos que se encuentra actualizado en sus áreas de conocimientos al haber participado en cursos de educación médica continua durante los cinco años de vigencia de su Certificado. Esto debido a la enorme rapidez del avance de conocimientos, las nuevas técnicas quirúrgicas, los novedosos recursos, sobre todo tipo de apoyos al paciente, la nutrición parenteral total, los antibióticos de nueva generación, las técnicas de procedimientos no invasivos, los innumerables avances en cirugía endoscópica, etc., que implican la necesidad de recertificarse después de cinco años para estar actualizado en su profesión.

Por lo expuesto anteriormente, se puede ver claramente que existe una gran diferencia entre el recién graduado que recibe el título a todas luces incorrecto de "Médico Cirujano" y el especialista en cirugía, un médico general que después de varios años de residencia y exámenes de certificación es ahora un auténtico "Cirujano General", ampliamente calificado para ejercer esta rama especializada de la medicina.

Entre la gran variedad de profesiones que existen en México, la de cirujano general es indudablemente una de las más sobre reguladas, con un mayor número de controles y aun así, los verdaderos especialistas en cirugía general pueden incurrir en errores, que son causa de incapacidades y muertes, con un alto costo emocional y económico, para los pacientes, familiares y para los mismos cirujanos involucrados[25,26].

Lo anterior describe a grandes rasgos el proceso que se sigue en México para la formación de un cirujano general, que comparado con lo que ocurre en otros países, primordialmente en los Estados Unidos de América o en diversos lugares de Europa, nos hace aparecer como que quedamos cortos en el periodo de adiestramiento para formar a un buen cirujano general. Si en México se requieren cuatro años, en Estados Unidos son cinco, en Bélgica y Holanda son seis y en Alemania se necesitan siete años de residencia para graduarse como cirujano general. Por otro lado, si nos comparamos con nuestros países hermanos de América

Latina[27,28]) México se encuentra a la cabeza, ya que existen países como Brasil donde la residencia de cirugía general tiene una duración de sólo dos años, en Ecuador, Venezuela y Chile es de tres años[29, 30,31].

En la opinión de muchos expertos, y basado en mi propia experiencia como profesor de cirugía de la UNAM a lo largo de los últimos años, estimo que el periodo ideal para formar un muy buen cirujano general debería ser de cinco años de una residencia sólida que permita formar un cirujano competente en todas las áreas de la cirugía general. Un buen especialista en cirugía, debe ser "un cirujano científico" que domine el arte y la ciencia de la cirugía, sobre todo las ciencias básicas, la fisiología, la clínica, la patología; que conozca las técnicas y domine las destrezas; que tenga la capacidad para resolver problemas, especialmente complicaciones inesperadas; que sepa emplear el juicio crítico y pueda ejercer su profesión con altos valores éticos y morales[32].

Respecto al número de cirujanos generales activos en el país, o el número de "Médicos Cirujanos", que sin entrenamiento formal efectúan cotidianamente intervenciones quirúrgicas en hospitales y clínicas privadas, se solicitaron datos a la Asociación Mexicana de Cirugía General sobre cuántos cirujanos generales tiene registrados y nos dieron la cifra de 3 mil 200, pero para dar una idea de la irregularidad que tenemos, se conocen cifras del reciente Congreso Nacional de la Asociación celebrado en la ciudad de Monterrey, N.L. en octubre del 2015 hubo más de 4 mil "cirujanos" registrados[33].

Otro dato más interesante, cuando se solicitó en noviembre del 2014 al Consejo Mexicano de Cirugía General conocer el número de cirujanos generales que cuentan con la certificación vigente, se observó que sólo 2 mil 182 tienen este documento[34].

Indudablemente que persisten muchas irregularidades en el quién, cómo, dónde y qué tipo de médicos están practicando cirugías en nuestro país y mientras no se regule lo anterior, seguiremos observado complicaciones y tragedias.

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) tiene registrados en su área a un total de 387 mil 187 médicos, y cerca de 4 millones de operaciones[35]. Seguramente la gran mayoría tienen el título de "Médico Cirujano" que es el que expiden 80% de las escuelas y facultades de medicina del país, y posiblemente muchos de ellos son los que efectúan las casi 4 millones de cirugías efectuadas al año en el sector salud.

A raíz de los cambios en el reglamento del artículo 81 y subsecuentes de la ley general de salud del primero de septiembre del 2011, referente a que se requiere el certificado de la especialidad a todo médico que desee involucrarse en actividades quirúrgicas, es preocupante ver que entre 387 mil 187 médicos del sector salud solo a 8 mil 424 los tengan registrados como de "cirugía general y de especialidades" y presumiblemente esos 8 mil 424 sean los que efectuaron las 3 millones 637 mil 048 operaciones al año, lo que da un total de 432 operaciones quirúrgicas realizadas cada año por los médicos registrados como cirujanos generales en el sector salud.

De estos 8 mil 424 médicos no se especifica cuantos son verdaderos "Cirujanos Generales" que estén debidamente certificados o que solo sean los típicos "Médicos Cirujanos".

En resumen, estamos en México ante una situación que miles de médicos amparados por un título de "Médico Cirujano" o alguna variante que incluya la palabra "Cirujano", efectúan en el sector salud cerca de 4 millones de intervenciones quirúrgicas al año amparados en los antes mencionados títulos.

Se sabe el número de intervenciones quirúrgicas del sector oficial por año y por institución pero no se sabe el tipo de operaciones por especialidad, el número de complicaciones y muertes secundarias a dichos procedimientos, que puede ser considerable si se observa el número de quejas que recibe cada año la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

No se conoce el número de intervenciones quirúrgicas efectuadas cada año en el país por médicos en el sector privado, ni se sabe cuántos de estos son en realidad verdaderos especialistas en cirugía ni qué número de "Médicos Cirujanos" efectúan todo tipo de intervenciones quirúrgicas en los cientos de hospitales y clínicas privadas en todo el territorio nacional.

Aquí vale la pena preguntar ¿quién está vigilando que se cumpla lo estipulado en la última modificación a la Ley General de Salud del 1 de septiembre del 2011 referente a que sólo los cirujanos que cuenten con la certificación vigente deberían estar practicando intervenciones quirúrgicas[36]?

Respecto al marco legal de la práctica de la cirugía[37,38], nos referimos a la Ley de Profesiones en México, donde el Artículo 5º establece que "a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode siendo lícito".

La Constitución General de la República establece en su Artículo 5º que: "para ejercer una profesión se requiere un título y una cédula que expide la Dirección General de Profesiones, dicha cédula es personal, intransferible, no tiene caducidad y es válida en todo el territorio nacional. Así, amparados por el título y la cédula correspondiente ya sea de "Médico Cirujano" o algunas de las variantes que expiden las 120 escuelas de medicina, los médicos en México están autorizados legalmente para practicar la profesión indicada en ambos documentos, sin que haya autoridad que certifique o verifique que el portador de dicho documento está efectivamente capacitado para hacerlo. En otras palabras, no existe impedimento para que el médico mexicano pueda ejercer su profesión en todo el territorio nacional, ya que de acuerdo con el Artículo 121 en su Fracción V especifica que: "los títulos profesionales expedidos por un Estado, con sujeción a sus leyes, serán respetados en los otros".

Actualmente, para la práctica de las profesiones se sigue aplicando la ley de la Dirección General de Profesiones expedida en México en 1945 con algunas modificaciones para intentar regular una realidad profesional totalmente distinta que cómo se podrá advertir sin mayor complicación, esta ley se ha visto rebasada en múltiples aspectos por la evolucionada realidad social[39].

A diferencia de otras carreras y de otras especialidades, la medicina y en particular la cirugía están sujetas a una serie de regulaciones, como son los exámenes de admisión para ingresar a un programa de especialización, el requisito de lograr la certificación y recertificación de los especialistas.

Para entender mejor estos requerimientos ausentes en otras disciplinas, como las de arquitectura, contaduría y derecho, por enumerar solo algunas en las que la medicina y en particular la cirugía están sobre reguladas, es indudable que esto se explica porque en esta profesión se pone en juego lo más valioso del individuo, su vida, y este bien fundamental necesita criterios estrictos de selección sobre quién y cómo será responsable de la vida de un paciente[40].

Referencias

1. Barrientos Fortes Tomás, Barragán Ramón. "*Cómo enseñar la cirugía en la licenciatura de medicina general*". En: Vega Malagón Jesús Alberto. Ed. "La Cirugía General y el Cirujano". Universidad Autónoma de Querétaro 2011, pp.15-25.
2. Cervantes Jorge, Cervantes Arturo. "*Health Care Delivery System. Effects on surgical education: the Mexican panorama*". World J Surg 1994; 18: 695-698.
3. CIFRHS. *Acuerdo Presidencial de creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Octubre 18, 1983.
4. Consultado en la página CIFRHS, Noviembre 2015.
5. Consultado en la Facultad de Medicina, División de estudios de posgrado. Subdivisión de Educación Continua. UNAM Mayo 2011.
6. Cervantes Jorge. "*Surgical Education in Mexico*". World J Surg2009; 34 (45): 815-817.
7. Quijano Narezo Manuel. "*Perspectivas de la cirugía en México al final del Siglo XX*". Cir Gen 2000; 22: 78.
8. Tapia Jurado Jesús, Vázquez Reta José Arturo, Vázquez Guerrero, Mejía Damián Alberto Fernando. "*Programa Básico de Educación en la especialidad de cirugía genera*l". En: Vega Malangón Jesús Arturo. Ed. "La cirugía general y el cirujano". Universidad Autónoma de Querétaro 2011,pp 109-125.
9. Narro Robles José. "*Los desafíos de la educación médica en México*". UNAM, 1990: p 192. UNAM. "Programa Único de Especialidades Médicas en Cirugía General". Fac. de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de especialidades médicas. Departamento de desarrollo curricular. 2009.
10. Cote Estrada Lilia. "*Nivel de competencia del cirujano general*". Cir Gral. 2003; 25: pp 180-184.
11. Athie Gutiérrez Cesar, Arenas Márquez Humberto, Gutiérrez Rodríguez Leopoldo, Mazano Trovamala José, Mier y Díaz Juan, Ramírez Barba Héctor, Valdéz González Rafael, Vicencio Tovar Alfredo. "La normatividad de la enseñanza de Cirugía General en México". Cir Ciruj 1997; 65:pp 94-96.
12. Perea Sánchez Alejandro, Belmares Taboada Jaime. "*El perfil del Cirujano General ideal en la época moderna*". En: Ed. Univ. Autónoma Querétaro, 2011, pp 445-459.
13. Arenas Márquez Humberto. "*Estado actual: Ser y quehacer de la cirugía general en la perspectiva de la Asociación Mexicana de Cirugía General*". Cir. Gen. 1996; 18 (2):51-52.
14. Cervantes Castro Jorge. "*La Práctica de la Cirugía General en los Hospitales Privados*". Temas de Actualidad en Cirugía. 50 Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía. México, 1983,pp 28-29.
15. Roberts KE, Bell RL, Duffy AJ. "*Evolution of Surgical Skills Training*".World J Gastroenterol 2006, 12; 185: pp 378-385.
16. Tapia Jurado Jesús. "*Residencia de Cirugía General en cuatro años*". Cir Gen 1994; 16, 21.
17. Anastakis DJ, Wanzel KR, Brown MH, Mcleroy JH, Hamstra SJ, Ali J. "*Evaluating the Effectiveness of a 2 Years Curriculum in a Surgical Skills Center*". Am J Surg 2003; 185: pp 378-385.
18. Álvarez Cordero Rafael. "*Del paleocirujano al cibernauta de la cirugía*". Cir Gen 2000; 22: p 78.
19. Quijano Narezo Manuel. "*El futuro de la cirugía*". Gac Med Mex 2000; 136: pp 89-92.
20. Cervantes Castro Jorge. "*El problema de la deficiente preparación del cirujano general en México*". Cir Gen 2014; 43 (2). 130-131.

21. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. CONACEM, Julio 2016.
22. Consejo Mexicano de Cirugía General AC. Noviembre 2014.
23. Mercado Miguel Ángel. "*La subespecialización en Cirugía General: Evolución de la práctica y la enseñanza de la cirugía gastrointestinal*". Rev Gastroenterol Mex 2010; 75(1); pp 23-50.
24. Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C. Acta de Fundación, Octubre 1978.
25. Arenas Márquez Humberto, Anaya Prado Roberto. *Errores en cirugía, estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica*. Cir. Gral. 2008;76 (4) pp 355-361.
26. Cervantes Castro Jorge. "*Iatrogenia-Errores en Cirugía*". Rev Archipiélago. 1995; 1-1-: 24-25.
27. Cervantes Jorge. "*Surgical Education in Mexico*". World Journal of Surgery 2010; 34(5) 875-876.
28. Cervantes Jorge. "*La importancia de la educación quirúrgica en América Latina*". FELAC, 2009-Boletin14,4.
29. Bueno Ferreira Eugenio. "*Surgical Education in Brazil*". World J Surg 2010; 34:880-883.
30. Cervantes Jorge. "*Surgical Education and Practice in America Latina*". The Lancet Commission on Global Surgery. Sao Paulo, Brazil. 19 aug, 2014.
31. Cervantes Jorge. "*La cirugía en América Latina*". Rev. Latinoamericana de Cirugía. 1994; 3 (1): 2-3.
32. Cervantes Castro Jorge. "*La Definición del Cirujano Ideal*". Rev Anales Médicos ABC 1993; 38-2: 164.
33. Dato consultado en la Asociación Mexicana de Cirugía General, febrero 2016.
34. Dato consultado al Consejo Mexicano de Cirugía General Noviembre 2014.
35. Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2014).
36. Arenas Márquez Humberto. "*Calidad en salud y su relación con el proceso de certificación y recertificación.*" Cir Gen, 2002; 24:72-77.
37. Rodríguez Abraham Amieva. "*El marco jurídico del ejercicio profesional de la cirugía general*". En: "La cirugía general y el cirujano". Vega Malagón Jesús. Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2011. pp 327-329.
38. Athie Gutiérrez Cesar. "*Aspectos legales de la certificación profesional en la cirugía general y el cirujano*". Vega Malagón Jesús A. Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2011. pp.391-397.
39. Moreno Garavilla J.M. *El ejercicio de las profesiones en el estado Federal Mexicano*. Ed. Porrúa, 2011.
40. Cervantes Jorge. *Las implicaciones legales del título de Médico Cirujano.* Tesis Doctoral. Facultad de derecho, UNAM. Abril 6, 2016.

CAPÍTULO
40

LA VERDADERA VIDA DIARIA DEL CIRUJANO GENERAL

Dr. José Arturo Velázquez García.

El cirujano general "el buen cirujano" es necesario que tenga características especiales que son muy importantes y lo hacen ser diferente al resto de los médicos especialistas sin menospreciar a ninguno de ellos, estas características son inteligencia, conocimiento, creatividad, disciplina, serenidad, juicio y pensamiento crítico, liderazgo y sobre todo una cualidad innata conocida como destreza, la cual no se aprende sino que se perfecciona y afina a través de los años y el cúmulo de experiencias.

Cuando los médicos recién egresados de la carrera de Medicina, deciden y tras haber logrado obtener un lugar en algunas de las Instituciones de Salud para cursar una especialidad de Cirugía General, en muchas ocasiones lo hacen por convicción, afinidad, experiencias agradables durante su época de estudiantes o bien por la imagen de un cirujano ejemplar un "héroe", que influyó enormemente durante su vida de estudiante y pasante en Servicio Social o bien a lo largo de su vida, para llevar a cabo una especialidad y deciden que ésta será quirúrgica. Pero lo que estoy convencido es que en muchas ocasiones jamás piensan en la gran responsabilidad que han adquirido al seleccionarla. Demasiado estrés, mucha responsabilidad, gran carga laboral, disponibilidad de tiempo, excelente trabajo en equipo, liderazgo, numerosas actividades no programadas y una relación médico-paciente limitada, donde intervienen modelos de atención institucional, privado, aseguradoras, etc. Son algunos de los principales factores que desalientan a los médicos recién egresados de elegir la cirugía general como especialidad.

El Cirujano recién egresado tiene que decidir qué camino continuar a partir de ese momento en el ámbito de lo que rodea la Cirugía. Que puede ser: 1. Realizar una subespecialidad quirúrgica; 2. Continuar estudios de maestría y posterior de doctorado en Ciencias Médicas o Administración; 3. Investigación; 4. Inicio de una carrera en la administración de Servicios de Salud; y 5. El camino que la gran mayoría de los egresados continúa, que es el de trabajar como Cirujano General en alguna Institución tanto pública o privada, e incluso ambas. Y podemos llegar al extremo de trabajar en dos instituciones públicas al mismo tiempo.

Los factores que influyen en cada uno de los Cirujanos recién egresados son diversos y que he podido identificar a través de varios años (20 años) como Profesor de Posgrado

por la UNAM inicialmente como adjunto y posteriormente como Titular del curso y estos son: Matrimonio e hijos, económicas, inseguridad al haber concluido la especialidad, sed de más conocimientos, identificación "demasiado tarde" de su falta de destreza quirúrgica, introversión y falta de seguridad para su desarrollo como persona y como profesional. En muchas ocasiones que he platicado con cada uno de ellos existen una gran cantidad de inquie-tudes y vicisitudes que van encaminando a cada uno de los médicos a tratar de elegir la mejor opción. Sin embargo, también existen, los médicos residentes que no tienen la menor idea de cómo continuar y me llegan a preguntar, qué debo hacer, qué puedo hacer, qué puerta debo tocar o abrir. ¡Eso depende de dónde quieras ir! –les contesto– no lo sé –y les digo– entonces todas dan igual abre cualquiera.

En este momento voy a hablar del quehacer del Cirujano, que decide continuar laborando como Cirujano General y que en los últimos años logra hacerlo en un tiempo mas o menos breve, colocarse e iniciar su trabajo institucional o privado con crecimiento paulatino. Todos ellos tienen la necesidad de reconocimiento y obviamente la tan esperada durante tantos años remuneración económica justa. Los que optan por laborar en una institución pública, inician con contratos temporales, que deben renovar cada 30 días, sin todas las prestaciones que tienen los médicos adscritos "base" y reciben por muchos de sus compañeros del servicio, la "novatada". En donde se les asignan casos de difícil manejo o complicados, con inconformidad de familiares con respecto al tratamiento de su familiar enfermo, exceso de consulta, horarios más prolongados, con imposibilidad de acudir a Congresos o cursos de actualización ya que él es el Cirujano más novato y por lo tanto debe de sacrificarse (sic). Y este Cirujano recién egresado con una necesidad de reconocimiento y por orgullo propio acepta todo lo que le asignan a pesar de que en su conciencia sabe y está seguro, de algunas o muchas deficiencias y que le hace falta criterio, experiencia, pericia para determinados procedimientos quirúrgicos complejos y es entonces cuando aparece la tan temida por todos los cirujanos complicación devastadora que evidencia su novatez e inexperiencia que conlleva de la mano primeramente la complicación grave o muerte de su paciente, señalamientos por parte de las autoridades institucionales, ya sea sesiones de morbimortalidad, comités de expediente clínico, casos centinela, amonestaciones verbales o escritas. Y en el peor de los casos demandas ante CONAMED, CNDH, autoridades administrativas y judiciales. ¡Bienvenidos al mundo real del Cirujano! Y es en ese preciso momento cuando se da cuenta de la gran responsabilidad que tiene en su persona con respecto a los pacientes asignados a su cuidado.

Este cirujano novato con el tiempo adquiere paulatinamente la experiencia profesional, académica y desarrollo personal que lo va afianzando poco a poco en el campo de la cirugía, pero es un camino difícil y con muchos obstáculos. Y que lograr superarlos, adaptarse o rechazarlos serán una de las condiciones que forman parte de ser un cirujano exitoso o no.

En primer lugar debe luchar contra su propio "ego", ya sabemos todos que la personalidad del cirujano es y ha sido muy criticada frecuentemente por el mismo gremio médico y el de otros grupos. Un cirujano debe estar motivado para trabajar duro desde el principio de su carrera. Requiere largas horas en la universidad y la escuela de medicina, seguido de la formación de residencia donde es fundamental la adquisición de conocimientos, destrezas, actitudes y disciplinas que serán la base de su futuro. Además, muchos tipos de cirugías

pueden tardar horas en completarse, y algunas incluso pueden durar todo el día. Los cirujanos deben estar dispuestos a poner el tiempo necesario para investigar adecuadamente la condición del paciente y seguir adelante con el tratamiento quirúrgico tomando decisiones objetivas, claras, precisas y rápidas, así como el adecuado cuidado de los enfermos durante su seguimiento posoperatorio.

En segundo lugar los cirujanos exitosos deben tener un alto grado de flexibilidad en su personalidad. Según el *American College of Surgeons*, un cirujano a menudo se enfrenta a un día impredecible y desafiante ya que las cirugías de sus pacientes por su patología propia y difícil vierten un grado de complejidad, inquietudes, aversión o lo contrario, hacia algunos pacientes por patología propia, factores de riesgo, gravedad del caso y familias complejas y demandantes que pueden complicar las cosas, y otros factores como médicos, enfermeras pueden interferir con la atención del paciente. Además, en tercer lugar el campo de la cirugía siempre se está adaptando y cambiando a medida que las nuevas tecnologías y la nueva información salen a la luz. Un cirujano debe tener la capacidad de adaptarse a la nueva situación y seguir ofreciendo la mejor atención al paciente.

La mayoría de las personas y pacientes estarían de acuerdo en que es importante que cualquier cirujano o proveedor de un servicio quirúrgico, tenga cierto nivel de compasión, y este rasgo de personalidad puede ser aún más importante para un cirujano que habitualmente tiene la vida de los pacientes en sus manos. El buen cirujano debe también tener un sentido de humanidad. A través de su sentido de la humanidad, desarrolla la habilidad para relacionarse con las necesidades del paciente y proporcionar una mejor atención integral.

Un buen cirujano debe también tener un carácter humilde. Siempre debe seguir aprendiendo con el fin de mejorar sus conocimientos técnicos y aptitudes quirúrgicas para el beneficio de sus pacientes. Los cirujanos que son arrogantes, con mal humor o excéntricos pueden no trabajar bien como parte de un equipo quirúrgico lo cual es fundamental. Los cirujanos que son humildes poseen una mejor capacidad de impartir conocimientos con sus mismos compañeros quirúrgicos, los residentes, internos y estudiantes de medicina.

Con base en que es indispensable el trabajo en equipo para ser un cirujano exitoso, el cirujano novato busca sus alianzas para desarrollar el trabajo quirúrgico. Ya sea en una Institución o en ejercicio a nivel privado, los comportamientos son muy estandarizados y evidentes. En la vida Institucional, el sistema mismo proporciona el recurso del médico residente, interno de pregrado o pasante en Servicio Social y los asigna como ayudantes en el procedimiento quirúrgico. Y podrá llevar a cabo alianzas con algún otro compañero cirujano si lo hay en su mismo turno, para desarrollar los procedimientos quirúrgicos diversos, sin embargo, dada la carga de trabajo asistencial, estas alianzas generalmente son poco duraderas y se ve obligado a desarrollar su experiencia en forma paulatina y en muchas ocasiones sin críticas objetivas y precisas de los diversos procedimientos que desarrolla y que en muchas ocasiones se quedan como "mañas" sin fundamentos firmes.

A nivel privado la pregunta es quién será el "socio" o colaborador adecuado del cirujano recién egresado. Tendrá que determinar dentro de una gran gama de posibles ayudantes, los cuales pueden ser: 1) Si existen, médicos residentes del Hospital donde se va a llevar a cabo la intervención quirúrgica. 2) Cirujanos con mayor experiencia que él, como podría tratarse de uno de sus maestros o compañeros cirujanos. 3) algún otro compañero

cirujano de la misma generación en donde deciden emprender el trabajo quirúrgico juntos, uniendo sus propias experiencias, novatez, inmadurez y falta de destreza en una gran proporción de procedimientos quirúrgicos e ir labrando su prestigio poco a poco y 4) uno de los caminos que considero es de los más aventurados y con mayores riesgos que es cuando decide ser un "lobo solitario", donde no le importa quién sea el que le ayude en sus cirugías, en que se siente tan capaz, que cualquier procedimiento al que se enfrente ya sea programado o urgencia, puede ser realizado sin contratiempos. Su colaborador es el médico que se encuentre a la "mano" ya sea un médico, interno de pregrado o médicos generales que realizan guardias en los diversos Hospitales, o extremos que una enfermera, aunados a él son el equipo quirúrgico que atiende a los enfermos y que serán en muchas ocasiones la fórmula perfecta para cometer graves errores ya sea durante el procedimiento o bien en el seguimiento posquirúrgico.Algunos médicos de las nuevas generaciones "piensan mucho más en el estilo de vida, ganar dinero y en la posibilidad de tener tiempo libre". Y que "la cirugía no sea el centro de su vida", a que efectivamente se pueden lograr obtener estas características señaladas, pero igualmente requiere un gran sacrificio, conocimiento, constancia, liderazgo, para llegar a ese objetivo. Y este pensamiento condiciona frustración desde que son médicos residentes en formación y que se acentúa en su vida profesional como cirujanos, donde se dan cuenta que no están dispuestos a otorgar estos "sacrificios" a cambio de sus objetivos superfluos.

Ahora, ya estando en el desarrollo de la Cirugía como parte de la vida Profesional, la gran mayoría de la generaciones pasadas, y en los diversos sistemas de Educación ya sean públicos o privados, nos prepararon para ser competentes en integración clínica, llegar a diagnósticos sencillos o complejos, entender la fisiopatología de las diversas enfermedades y otorgar un tratamiento ya sea médico o quirúrgico satisfactorio y resolutivo en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, en la actualidad existen una serie de regulaciones sanitarias, administrativas, laborales e incluso judiciales, y me refiero a las diversas Normas Oficiales Mexicanas. Guías de práctica clínica. Donde tenemos desconocimiento parcial o total de las mismas, como son certificaciones y recertificaciones vigentes, NOM del expediente clínico, apego a guías de práctica clínica, comités de expediente clínico, infecciones, morbilidad y mortalidad, vigilancia epidemiológica, etc, que en el desconocimiento profundo de las mismas nos llevan en diversas ocasiones a estar fuera de la normatividad o incluso de la Ley, y esto condicionar además problemática en la atención médica. Y que directa o indirectamente provoca que se invierta una cantidad de tiempo y trabajo específico para cumplir con dichos requisitos. No niego que los mismos sean importantes tanto para el paciente que debe ser la prioridad, como para la institución de atención médica, sin embargo No fuimos preparados en la gran mayoría de los casos para solventar estas exigencias de la Medicina actual y no cabe duda que nos podemos preparar para solventarlas satisfactoriamente, pero es triste observar que en muchas ocasiones el médico, enfermeras, personal paramédico lo absorbe la papelería requerida que debe realizar y con señalamientos muy específicos como son datos completos y repetitivos, sin tachaduras o enmendaduras, etc.

En lo personal tengo un gran amigo mío y maestro de Cirugía, que me brindó la confianza para intervenirlo quirúrgicamente en un Hospital privado en la Ciudad de México, el cual cuenta con todas las certificaciones y

procesos de atención ampliamente desarrollados y me platica que durante un turno, la misma enfermera que lo recibió, que le aplico y brindó medicamentos, ayudo a deambular, su baño personal y a la entrega del siguiente turno, en todas y cada una de las ocasiones que tuvo contacto con ella, le preguntaba su nombre, edad y fecha de nacimiento lo cual mi paciente tenía que corroborar verbalmente que era correcto. En mi opinión son necesarias e incluso indispensables, pero deberá determinarse el mecanismo en donde el cumplir con esta normativa no nos lleve a perder nuestro objetivo fundamental que es la atención del paciente.

Sin embargo, a pesar de todo, los cirujanos, la mayoría de ellos, son seres socialmente hiperadaptados para ver tambien la cara del sitio donde el sol no brilla nunca…

"Cuando sale el cirujano del quirófano y va a informar a la familia del paciente que acabó de operar, corre adrenalina por dentro. Entonces les mira a los ojos. Imagina por lo que están pasando y sabe que anhelan escuchar buenas noticias. Sabe que sienten miedo porque todo es extraño e incierto. Y necesitan confiar en la persona en cuyas manos se ha puesto su familiar.

Diariamente, miles de pacientes nos entregan lo que más aprecian, su propia vida, porque podemos ofrecerles ayuda y una solución para sus problemas. Con el avance del conocimiento y mucho esfuerzo se ha conseguido que cada vez más gente pueda vivir más y mejor. Pero como no soy ajeno al ambiente, me pregunto: ¿Confiarán en mí? ¿O pensarán que formo parte de un grupo de individuos que sólo se preocupan por el dinero, por su propio prestigio o por su gremio? Y si me confundo o cometo un error, porque no somos infalibles, ¿creerán que lo siento y que he hecho cuanto podía para evitarlo?

En tiempos de tensiones como los que vivimos ahora, en los que cuesta mantener el reconocimiento social y profesional, por no hablar de la falta de motivación personal y económica, con todo el respeto para el resto de mis colegas médicos, sigo pensando que nuestra profesión, La Cirugía, es la mejor con diferencia sobre la segunda. Recibir por primera vez al paciente en la consulta, aceptar la responsabilidad de tener, literalmente, su vida en nuestras manos y acompañarle después hasta el final es un privilegio al alcance de unos pocos.

Ser cirujano no es vivir la vida de la forma más plena. Ser cirujano es vivir varias vidas en una.

Siempre he dicho que los cirujanos tenemos una profesión tan intensa y peligrosa comparable como si nos lanzáramos en bicicleta de montaña todos los días por El Ajusco. Algún día vamos a caer. Y puedo asegurar absolutamente, repito, absolutamente, todos los cirujanos hemos caído alguna vez, con la mala intervención o evolución de nuestros pacientes, es decir cuando se nos complican y que estas complicaciones pueden ser desde leves hasta complicaciones devastadoras. Ya sean principiantes, novatos, expertos, maestros, etc. Todos hemos caído alguna vez. Pero estoy igualmente convencido "comparando" que no es lo mismo "caerse" de esa bicicleta en shorts, chanclas y playera a "caer" con casco, rodilleras, coderas, ropa de cuero, botas, etc. Donde será poco probable que nos suceda algo grave.

Si vale la pena la comparación, debemos estar siempre protegidos, con conocimientos, adecuado criterio, actitud de servicio, buena comunicación, no precipitaciones, evidentemente cédula profesional de Especialista, certificaciones de Consejo correspondiente, pertenencia a Sociedades Médicas, etc. Esto permitirá que sea poco probable que tengamos problemas judiciales, administrativos, laborales o civiles.

Ahora hablemos un poco al respecto de la Judicialización de la Medicina y la Cirugía.

En primer lugar vamos a hacer el ejercicio de suponer que se ha iniciado un juicio oral por una presunta negligencia médica.

Las primeras preguntas del interrogatorio al médico ante un juez después del nombre y CURP del médico probablemente serán: ¿cuál es su profesión? y ¿tiene usted alguna especialidad? Las respuestas a tales interrogantes, perdonen la obviedad, deben ser probadas. Un medio idóneo y apto para probar judicialmente la especialidad es la acreditación mediante título y cédula profesional, ideal certificación vigente por el Consejo de la Especialidad y de pertenencia a la sociedad científica respectiva.

Siguiendo adelante con este ejercicio de juicio, el juez deberá conocer lo que testigos de los hechos (médico ayudante, anestesiólogo, etc.) deban aportar al conocimiento cabal del acto médico investigado. Estos testigos serán interrogados respecto de lo que conocieron, pudiendo incluso transformarse en testigos expertos, (esto es, quienes habiendo conocido los hechos, pueden emitir determinadas opiniones que serán consideradas por el juez al momento de fallar, dado su especial oficio o arte). La calidad de experto, se acreditará nuevamente, entre otras formas, con la pertenencia a una sociedad científica.

Más adelante, en el desarrollo de nuestro juicio simulado por presunta mala *praxis*, el juez deberá evaluar las conductas médicas desplegadas por el facultativo cuestionado. Para ello requerirá imprescindiblemente el aporte de una prueba pericial experta que dé cuenta de la ponderación de los pares, esto es, de quienes ostentan la misma profesión y especialidad que él médico cuestionado. En este ámbito, son peritos de alta credibilidad aquellos que han sido nombrados y/o pertenecen a las sociedades científicas dadas la claridad y experticia de sus comentarios y la consistencia de sus conclusiones en los casos por presunta mala *praxis*.

Finalmente, en alguna etapa del desarrollo del juicio, el médico cuestionado prestará declaración como imputado de haber cometido actos profesionales negligentes, y en esa instancia es vital poder contar con aquellos elementos de convicción suficientes para hacer claridad respecto de la experiencia y conocimiento que él medico tenga respecto del acto en cuestión. En otras palabras, se deberá probar si el medico es o no especialista para realizar el procedimiento cuestionado. Nuevamente uno de los medios idóneos para probar esto es la pertenencia a la sociedad científica correspondiente. En consecuencia, como se puede apreciar, resulta relevante en todo orden de ideas y bajo cualquier ámbito relativo a la judicialización de la medicina, que los médicos cirujanos que ostenten una especialidad se encuentren asociados a su respectiva sociedad científica. Esta afiliación hará presumir su idoneidad, una suerte de "*fumo boni iuris*" (o "humo de buen derecho") en cuanto a sus capacidades, tanto para creer sus versiones testimoniales, para dar fe y credibilidad a las conclusiones de sus pericias, como para ponderar el acto médico cuestionado[1].

Por lo anterior el Cirujano debe a lo largo de su carrera profesional inmiscuirse en sociedades científicas, colegios, asociaciones que a lo largo de su vida le sirvan de apoyo, intercambio de ideas y experiencias, respaldo académico, convivencia, en fin. Esto brindará un apoyo durante la vida del Cirujano es todos estos aspectos.

Como podrán darse cuenta todo esto que he descrito va incluido en "el paquete" de ser Cirujano y siempre debemos de aprender a vivir y lidiar con todas estas situaciones que rodean a los cirujanos hasta que uno decida por fin retirarse.

Me he hecho últimamente una pregunta, que seguramente todos los cirujanos se han planteado en su vida y qué es. ¿Cuándo se debe considerar que un cirujano debe de retirarse? Creo que como cirujano deben existir tres condiciones que cada uno debe de evaluar: cuando dentro de sí existe muchas dudas e incertidumbre para emprender una empresa, que no hay sangre fría para hacerla. Segundo, cuando ya no hay incentivo de renovación de criterios, ni de técnicas, intentar cosas nuevas y creer que uno ya sabe todo; y, tercero, cuando su pulso, su temperamento y su decisión ya no es el mismo. Hay que hacerse a un lado y dejar pasar nuevas generaciones.

Y ahora para terminar les voy a trasmitir un ensayo que encontré en las redes sociales y que sin duda, así como muchas cosas que he descrito, seguramente todos lo hemos vivido en algún momento.

¿Se han sentido alguna vez solos? No me refiero a faltos de compañía afectiva.

Me refiero a solos ante lo imposible.

Es esa sensación de vacío y silencio, en el momento en el que ya no valen las guías ni las sesiones clínicas, ni las opiniones de sus compañeros más expertos.

Es la soledad de un individuo que tiene que tomar una decisión sobre la vida de otro, en cuestión de segundos, cuando pasa lo que nunca debería haber pasado. Cuando estás aterrorizado, pero sabes que no puedes abandonar.

Meto una pinza detrás del páncreas, lo despego de la porta y...

"¡Joder! ¡He roto algo!"

Todo se llena de líquido rojo. Tibio. Intento apretar para que pare. Se rasga más.

"¡Me cago en la puta!"

Un lago viscoso empieza a asomar por la laparotomía y es visible hasta para el anestesista, que no para de pasar más volumen de solución cristaloide, porque la tensión cae bruscamente. Me mira con ojos de pavor.

Agitación y nerviosismo. Por todas partes. Lo siento. Lo sé. Lo siento.

Aquí ya no hay medicina basada en la evidencia que valga. Hay que hacerse con esto.

– ¡Va a sangrar mucho! – se me escucha. – ¡Mucho! ¡Qué no se mueva nadie! ¡Lo cojo yo!

Pero dentro de uno, todo empieza a ir de prisa.

Y estás solo.

Te pitan los oídos, te tiemblan las piernas.

Pero estás solo.

No puedes decírselo a nadie. Pero las piernas casi ni te sujetan.

El corazón va más de prisa.

Muy de prisa.

Te zumban los oídos. Todos los sonidos que no vengan de tu cabeza ni se escuchan.

Estás solo.

O lo controlas o "*game over*".

¡Estás sólo!

A esa soledad me refiero. Un agujero negro emocional. En ese vacío, algunos aprenden a diferenciar lo principal de lo accesorio. Otros pueden verme el corazón latir a través del pecho[2].

O como bien dijera el Sr. Lazar Moussali: He llorado a solas con mi alma, mis fracasos. Y los he enterrado en el cementario de mi experiencia.

Pues bien, a pesar de todo lo descrito en lo personal siento un gran orgullo y satisfacción el ser Cirujano. No logro verme en otra profesión o bien especialidad. Estoy convencido que es la carrera que más satisfactores brinda al ser humano tanto personal como en cualquier comunidad. Por dicha razón el buen cirujano es tan respetado en tantos sitios y por diversidad de personas que le muestran su agradecimiento a lo largo de su vida. Una vez más "bienvenidos" a la verdadera vida diaria del Cirujano.

Referencias

1. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 61 - No 6, Diciembre 2009; pág. 503
2. http://juliomayol.com/tag/soledad/.

CAPÍTULO
41

EL CIRUJANO GENERAL Y LA SOBERBIA

Dr. Miguel Foncerrada Montaño.

"La soberbia es una discapacidad que suele afectar a pobres infelices mortales, que se encuentran de golpe con una miserable cuota de poder".
–José de San Martín–

El cirujano, como todo ser humano, adquirirá a lo largo de su vida, alguna enfermedad física o mental o ambas, que le impidan desarrollar propiamente sus destrezas, el padecimiento puede ser leve y pasajero, como una gripa común y corriente que lo incomode al operar tosiendo, estornudando o con dificultad para respirar. Pero su padecer puede ser más serio como lo es una enfermedad sistémica, crónica, degenerativa e incapacitante que incluso lo obligue a dejar su práctica quirúrgica. Después de todo, es un ser humano común y corriente.

Pero además también conductas aberrantes se instalan en la personalidad del cirujano transformándolo en un "ser enfermo de soberbia" que puede variar desde el vulgarmente nombrado "vedetismo" hasta una etapa desmedida que lo haga ser considerado como un individuo nefasto, imposible de establecer la buena empatía con cualquiera de los que diariamente lo rodean, sean estos, colegas, enfermeras, residentes, estudiantes o incluso con sus propios pacientes.

La ambición no es mala en sí misma, el hecho de haber conseguido cierto éxito, sobre todo económico, es razonable y por el que todo trabajador lucha para mejorar su bienestar social integral, esto es parte importante de la vida. Pero cuando el cirujano cambia su carácter y conducta para en cualquier momento y en cualquier lugar, sobre todo en el quirófano y bajo el estrés propio de la cirugía, manifestase con actos que hieren y atentan contra la dignidad de los que lo rodean, esto sí es criticable y requiere corrección; aunque en el fondo de su ser, desee ser admirado por todos porque es muy hábil y porque tiene conocimientos y experiencia, eso no da licencia a nadie para comportarse altiva y groseramente. Este tipo de cirujano no sabe que en su futuro acabará rodeado únicamente por la soledad, nadie se

atreverá a tolerarlo acercándosele. Desafortunadamente, la soberbia ha sido popular, sobre todo, en muchos cirujanos de la primera mitad del siglo pasado; pero su tendencia ha sido a la baja, aunque no ha desaparecido, aún está presente y no solo es histórica. Los lineamientos de ser un verdadero profesional en estos tiempos, llevan implícita la empatía, el entendimiento, la misericordia, la paciencia y sobre todo el completo respeto por el prójimo. Pero también la vida y la profesión se encargarán de recordarle al profesionista que no es un ser infalible, algún mal resultado forzosamente, tarde o temprano, habrá de presentársele. O al paso del tiempo notará cómo todos sus sentidos van disminuyendo, la vida moderna lo va superando, llega el momento en que ya no es apto para aprender ni nuevos conocimientos ni nuevas destrezas y si no tiene la humildad suficiente para aceptarlo, lo más seguro es que lo ganado ahora rápidamente lo perderá. La ambición desmedida ni la falta de humildad aplican en cirugía porque dañan a terceros, no son morales, no son éticas y no son aceptadas por la sociedad.

El Pastor Daniel Cruz opina que: "La soberbia o el orgullo injustificado son dos formas de autoengaño. La persona soberbia se engaña a si misma al creerse más capacitada, poderosa, íntegra, popular o más atractiva de lo que realmente es. En efecto, una persona soberbia suele estar convencida de que no tiene defecto alguno y en consecuencia achaca sus problemas a los defectos de los demás. Sin embargo, la soberbia nos impide luchar por ser moralmente mejores. Persuadido de su perfección, el soberbio es incapaz de verse a sí mismo tal y como es y de admitir sus propias limitaciones, porque el orgullo lo ciega". Esta descripción es muy completa y encaja a cualquier ser humano.

Ya no es válido que por haber cosechado muchos logros académicos, económicos, sociales y políticos que el cirujano ambicionó obtener, no incluye en su actuación personal los hábitos que la adecuada inteligencia emocional considera necesario para con buenas maneras mostrar, difundir y enseñar a todo aquel con quien estamos en contacto, ya sea simple conocido, amigo, colega o incluso alguien de la familia. Ser una buena persona da una de las más grandes satisfacciones a las que se pueden aspirar.

Cualquier malestar físico puede ser padecido por cualquier cirujano, pero los conductuales deben ser rápidamente reconocidos y controlados por el propio cirujano, así como por sus semejantes, quienes también deben actuar con propiedad y con entendimiento para mejora del afectado y el bienestar de todos los seres que lo rodean.

La humildad es parte de la profesión médica, porque ningún médico sabe todo ni todo lo puede hacer. Para terminar, recordaré lo que René Leriche dijo: "Todo cirujano lleva en su interior un pequeño cementerio al que acude a rezar de vez en cuando, un lugar lleno de angustia en el que debe buscar explicación a sus fracasos".

CAPÍTULO
42

"EL CIRUJANO GENERAL Y EL ESTRÉS"

Dra. Irma Sau-Yen Corlay Noriega
Dr. Obed Jorge Rubio Fuentes
Dr. Emmanuel Corona Cortes*
Dra. Claudia Jazmín Martínez Radilla

La Medicina es una camino que jamás termina y que algunas veces lleva desde al estudiante de medicina hasta al médico más experimentado a padecer situaciones estresantes que merman su vulnerabilidad y por consiguiente todas la áreas de su vida, personal, familiar, social y laboral. El "estresado" no funciona, se alteran sus facultades motoras, que para un cirujano son esenciales; sus funciones cognitivas disminuyen y que durante una cirugía, en la toma de decisiones se ve reflejada en la disminución de la capacidad rápida, pronta y eficiente de resolver una hemorragia, un accidente, una complicación que podría costarle la vida al paciente.

El cirujano tiene que moverse rápidamente, nació para eso, lo desarrolló y pulió. Es un ser feliz, sublimando una acto agresivo, como enterrar un objeto punzocortante en el abdomen o cerebro o en cualquier área anatómica de un sujeto para salvarle la vida o mejorar la calidad de ésta, y en la menos favorecida de las circunstancias, prolongar el tiempo de vida. El cirujano da esperanza.

El término estrés contrario a la creencia general, no es una amenaza, o exigencia externa. Estrés es la respuesta individual a dicha demanda, amenaza o exigencia; es la forma en la que el individuo responde. Depende de uno mismo el manejo ante la amenaza o demanda y esta respuesta está íntimamente relacionada a la capacidad del individuo a adaptarse, a sus mecanismos de defensa, a factores como la resiliencia, que es la capacidad de sobreponerse ante las dificultades extremas, al apoyo del entorno en el que vive (familia, amigos, compañeros de trabajo, jefes, etc.) especialmente a la inteligencia emocional que es directamente proporcional a la ausencia de patología mental.

El estrés agudo y, peor aún el crónico, desencadena una cascada de repuestas fisiológicas, donde destacan mecanismos inflamatorios, hormonales, cambios en la síntesis de neurotransmisores, que resultan en enfermedades psiquiátricas como la depresión y sus variantes, los trastornos de ansiedad y la activación o reactivación de procesos psicóticos como el trastorno bipolar e incluso, la esquizofrenia.

Los trabajadores de la salud pueden sufrir de estrés ocupacional como resultado de las demandas académicas, labores (asistenciales) las largas horas de trabajo, el alejamiento de sus parejas y familias, y el fenómeno de *mobbing*, entre otros. Al cirujano se le agrega el reto de la cirugía.

EL perfil del cirujano

El Cirujano nace cirujano, pero se hace cirujano durante la residencia, y nunca deja de serlo. Desde el útero de su madre, se mueve de manera diferente, patea con vigor, durante la lactancia demanda a gritos y succiona con fuerza, en su desarrollo infantil empiezan a distinguirse sus dotes de líder y destrezas motoras finas y gruesas, tiende a ser el jefe del grupo, capitán del equipo o parte de la escolta, (el abanderado seguramente será internista). Desde pequeño quiere ser médico; tal vez inspirado por su pediatra, o médico de cabecera, sus padres, por algún tío, abuelo o por algún afortunado hecho histórico de su vida, o alguna persona o un hecho en su vida ha captado su atención, su reflexión y le ha inspirado, para ser igual o mejor, generalmente, un líder académico, humanista, moral, espiritual... o simplemente porque nació para eso.[1]

No hay otro camino, sabe perfectamente lo que quiere y lo disfrutará toda su vida. Estudia 6 años medicina para lograrlo. Mientras llega el momento quirúrgico, disfruta el camino de la medicina, aprende, y goza. Durante la carrera destaca en las materias que tienen resoluciones terapéuticas quirúrgicas, en el internado hace su mejor esfuerzo para ser "convocado" al quirófano, escucha el aullido del viejo lobo, para acercarse y ser aceptado en el clan. No le importa ser "el liver" y estar sosteniendo el separador por horas, que se le entuman las manos, tener hormigueo en las piernas, que anuncian un problema mayor; mientras la cirugía procede él (ella) se divierte junto con el equipo, se siente incluido, es parte de la familia o equipo quirúrgico, escucha música, hace bromas, se concentra, grita, se enoja, pide orden, demanda atención; lucha contra la enfermedad, la confronta, la trata... El acto quirúrgico se hace sublime... todos participan, todos concentrados, dando lo mejor de sí mismos, unidos por un fin común: el bienestar del paciente. El éxito de la cirugía... el éxito personal... una victoria más.

A los cirujanos les encanta su trabajo, al igual que otros médicos disfrutan su profesión, salvan vidas o la calidad de las mismas, viven con la satisfacción constante de ayudar a sus pacientes, incluso aún en los casos más graves, con niños, y pacientes oncológicos; pueden lidiar con las guardias más pesadas, con la falta de sueño, con las instalaciones precarias de la residencia, con las largas jornadas, con la comida "cuando se puede comer", con dietas de ayunos prolongados y comilonas con atracones "porque es la única oportunidad " para alimentarse después con las exigencias de sus superiores o jefes con los reclamos ambivalentes de sus esposas, padres e hijos, que van desde el "nunca estás conmigo", "cuando estás conmigo estas dormido", "cuando despiertas te pones a estudiar", "prefieres a tus pacientes que a nosotros". Los médicos salimos victoriosos a esto, sin embargo, el estrés del cirujano es su propio colega y compañero de trabajo.

Es entonces cuando surge la interrogante dentro de este panorama de bienaventuranza: ¿Qué estresa a un(a) cirujano (a)?

Diversos estudios han señalado que los factores de mayor estrés en unidades intrahospitalarias son las relaciones interpersonales.

Mobbing

La palabra mobbing viene del inglés "*mobbing*" que significa "asediar", "acosar" "las soluciones" y "acorralar en grupo"; la lleva a cabo un hostigador y más frecuentemente un grupo de hostigadores que, en la mayoría de los casos, tienen un *status* jerárquico mayor que el acosado o los acosados, y que tiene como propósito causar miedo, terror, desprecio, humillación y desánimo al afectado. Es un tipo de violencia psicológica e incluso física in-

justificada a través de actos hostiles fuera y/o dentro del trabajo, o a través de las redes sociales. Existen 3 tipos de *mobbing*: el horizontal, que es entre iguales; el vertical, ascendente a sus subalternos (como ejemplo del R4 al R1, del R1 al interno de pregrado) y el *bossing* (del inglés *boss*, jefe) que es vertical descendente.

El hostigamiento y maltrato son conductas intimidantes y persistentes que se ejercen contra una persona. En la práctica médica en algunas áreas son aceptadas y peor aún, justificadas desde el estudiante, el médico interno y en todos los niveles de la residencia médica; "el pez grande se come al chico" y en el más grave de los panoramas "son propias de la cultura hospitalaria". El estudio de Silvia Ortiz-León y Cols realizado en nuestro país incluyó a 260 residentes de diferentes especialidades de 3 hospitales generales de la Ciudad de México, estos fueron evaluados con los test pertinentes y encontró que el 98.5% había sufrido por lo menos una conducta de acoso en últimos 6 meses, con una intensidad promedio de poco a moderada. La intimidación y el desprestigio laboral fueron las más experimentadas. No hubo diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, éstas últimas calificaron más alto en la escala del bloqueo de la comunicación. El hospital influyó sobre los reportes de esta conducta[2,3].

Las siguientes son formas de acoso:

- Desprestigio laboral: descredito o desprestigio, distorsión de la comunicación, rumores o calumnias, medidas restrictivas y de agravio, minimización y omisión de logros.
- Entorpecimiento del progreso: bloqueo sistemático de la actividad laboral, degradando al residente con tareas inapropiadas en forma y contenido de acuerdo a sus competencias.
- Bloqueo de la comunicación: ignorar su presencia, no responder a sus preguntas, no dejarlo hablar, etc.
- Intimidación encubierta: amenazas y daños ocultos.
- Intimidación manifiesta: amenazas o restricciones directas, incluso en público que incluyen gritos, amenazas verbales y ridiculización.
- Desprestigio personal: mediante crítica y burla en todos los aspectos.

Las características del *mobbing*[3], entre algunas, son los gritos, amenazas, insultos, sobrecarga de trabajo que jamás termina, quitar áreas de responsabilidad y gusto, como dejar al afectado sin cirugías y solo con el trabajo de piso o el más denigrante como hacer funciones de subalternos (como personal de enfermería, o de interno o residente de menor grado), con el fin de humillarlo o ignorarlo. Otros ejemplos incluyen no programarlo en cirugías, ni en guardias, criticar, ridiculizar y devaluar su trabajo, bloqueándolo administrativamente extraviando o retrasando o manipulando documentos o resoluciones, como también incluye no darle los premios por éxitos merecidos.

Los perpetradores lejos de ser personas justas comprometidas con el trabajo y la educación, son lo más cercano al neuroticismo e incluso al psicoticismo, y con un muy bajo nivel de inteligencia emocional. De esta manera expresan ira y frustraciones, desquitándose con quien pueden, y que en ese momento particular de sus vidas no puede combatirlos.

Otra situación a considerarse es que el estrés laboral puede generar el fenómeno llamado **"*burnout*[4]".**

Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que trabajan día a día. La

presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores fuera del ámbito laboral (personales, sociales, económicos, etc.) en conjunto con el estrés gestado en el ámbito laboral y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicosomáticos, y en lo subsecuente un espectro de problemas de salud como lo es el síndrome de *burnout*.

El síndrome de agotamiento profesional o *burnout*[5], es un término que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973 describió el *burnout* como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. Al fin y al cabo, el *burnout* traduce la discrepancia entre los ideales y expectativas individuales, por un lado, y la dura realidad de la vida profesional, por otro, por lo que puede entenderse como la resultante de la falta de adaptación a un estrés laboral crónico.

Maslach y Jackson (1982), lo definen como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Según estas autoras, el *burnout* se manifiesta por tres síntomas principales[6].

1. Agotamiento emocional, entendiéndose como la falta de recursos emocionales y al sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona y puede manifestarse tanto física como psicológicamente.
2. Despersonalización o deshumanización, siendo el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan.
3. Baja realización personal, el cual supone una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia: Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo. Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible). Etapa 3. Aparece el síndrome de *burnout* con los componentes descritos. Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

El *burnout* clínicamente se manifiesta como un trastorno depresivo mayor y genera grave deterioro social, cognoscitivo y emocional.

El estudio[7] sobre este fenómeno llevado a cabo hace 9 años en el Hospital de Especialidades CMN "SIGLO XXI" que incluyó a cerca de 300 participantes arrojó como resultado que el servicio de Urología fue de los que salieron mejor calificados para *burnout*[7]. Esto es que NO resultaron positivos para el desgaste laboral, ya que a pesar de ser una especialidad de gran demanda física y mental, la organización del servicio y las relaciones interpersonales son óptimas para el desarrollo de la residencia médica. Además, en este trabajo el servicio de Dermatología resultó con niveles de desgaste elevado.

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta un punto tal que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización,

afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el médico, o en este caso, en los cirujanos, y un síndrome de *burnout* no tratado oportunamente, puede llevarlos a dejar el trabajo o a evitar el trato directo con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas, gestoras, docentes o de investigación; no por decir que lo anterior sea negativo, pero vamos... al cirujano le apasiona expresar su arte mediante el bisturí como el pincel del pintor, sobre la cama quirúrgica como su lienzo.

Además de las relaciones interpersonales y el estrés relacionado a los actos inherentes al hospital, el cirujano puede enfrentarse a complicaciones quirúrgicas y transquirúrgicas del manejo del paciente que producen duda, culpa y ansiedad.

Complicaciones quirúrgicas y trastornos afectivos

El cirujano en el acto quirúrgico es un pez en el agua. Su trabajo radica en hacer lo que más le gusta y aunque la planeación de la cirugía y la cirugía misma generan una cantidad pequeña de estrés, el cirujano se desenvuelve durante la misma con destreza y ánimo. Sin embargo, pese a que las complicaciones inherentes a la cirugía pueden surgir, el cirujano aun en el peor de los escenarios, de complicación y/o muerte, sale victorioso. Ha dado lo mejor de sí.

En aquellos casos donde las complicaciones no son solo las propias del paciente sino consecuencia del error médico, se generan cambios fisiológicos y emocionales en el cirujano. La carrera de cirugía es una de las que más tienen demandas tanto físicas como psicológicas. Aparte del elevado conocimiento médico que debe adquirir, los cirujanos deben de ser maestros en los procedimientos quirúrgicos; la seguridad de sus pacientes depende de mantener la atención, tener conocimiento y técnica. El estrés, a veces excesivo en el quirófano, puede generar una influencia negativa en las actividades motoras finas, en la coordinación, en el estado emocional, en el trabajo de equipo, en la atención, en las habilidades de comunicación y principalmente en la toma de decisiones. Por lo anterior, se han hecho algunos estudios sobre cuáles son las estrategias de enfrentamiento al estrés de los médicos quirúrgicos durante la cirugía. El reporte de Nicolás Anton que estudió 72 respuestas de una investigación anónima en cirujanos de un hospital de 3er nivel de atención, donde se revisó el impacto de 9 estresores durante la cirugía y donde se identificaron cuáles eran las estrategias de afrontamiento, concluyó que los casos más complejos o raros asociados a una pobre asistencia (equipo quirúrgico) eran los mas relacionados a estrés elevado, mientras que los distractores de la vida personal eran los menos importantes. De lo más importante es que el 40% de los cirujanos señalaban que el estrés durante el evento quirúrgico estaba relacionado a una complicación transoperatoria de la que habían sido testigos. El 82% creían que se beneficiarían con algún tipo de manejo al estrés. De estas 72 respuestas, el 75% fueron realizadas por varones, de las cuales el 73% eran médicos experimentados y el resto médicos residentes. Se incluyó a cirujanos de diferentes especialidades como cirujanos generales, ginecólogos/obstetras, ortopedistas y traumatólogos, cirujanos plásticos, cirujanos cardio-vasculares o cardiotorácicos, urólogos, maxilofaciales y otros. Los médicos residentes percibían mayor estrés que aquellos experimentados (2.40 +- 0.79 vs 2.16 +- 0.81 respectivamente, P <0.1). Los cirujanos en entrenamiento no se sintieron tan amenazados por la pobre asistencia durante el proceso, sino por la complejidad y el reto técnico del caso. Otras fuentes de estrés fueron los temas

administrativos, problemas con el *staff* quirúrgico, otros como guardias y trabajo prolongado, así como relaciones disfuncionales con los cirujanos de mayor jerarquía (estresor mayor).

Cabe destacar que el 40% de los cirujanos que habían sido testigos de una complicación transquirúrgica y que esta estaba directamente relacionada al estrés del cirujano, pero solo el 15% de ellos reconocía haber tenido la complicación debido a su propio nivel de ansiedad. De estas complicaciones destaca: tener un mal equipo quirúrgico, criticas al procedimiento, fallas técnicas (como operar la válvula equivocada, perforación de un paciente, etc.), que los procedimientos se hicieran en forma rápida y que causaran sangrado significativo, pobre juicio clínico, inhabilidad para tomar decisiones, perdida de la atención y focalización en los detalles, entre otros. Otras de las fuentes de estrés identificadas e este trabajo fueron: estar de guardia, visitantes dentro del quirófano, problemas de equipo instrumental y ansiedad. Los factores de menor estrés fueron: problemas personales y de enseñanza, problemas relacionados al paciente, problemas en el equipo de trabajo y del quirúrgico, complejidad del caso y aquellos de índole técnica.

El cirujano que no tiene un manejo adecuado a los trastornos ansioso-depresivos resultan en una peor respuesta al estrés que se traduce en: disminución de la cognición, las técnicas quirúrgicas y las habilidades de comunicación, y éste es descrito como "un cirujano ansioso, enojado, irritable, tembloroso y frustrado". Los participantes que habían mostrado estrategias de afrontamiento negativas tendían más a gritar, demandar, sudar y a padecer sobreestimulación.

Un manejo al estrés que ha tenido resultados exitosos, en atletas de alto nivel y las fuerzas armadas especiales, se sugiere sea utilizado para esta población; de hecho el entrenamiento de manejo al estrés en la cirugía ha mostrado en diferentes poblaciones un resultado prometedor.

Aunque la práctica de la profesión médica es un reto y un gusto, a lo largo de la licenciatura el estrés, la depresión y el suicidio han sido fenómenos poco reconocidos durante la residencia médica. Los efectos del estrés golpean el desarrollo cognitivo y motor, y esto se traduce en las habilidades motoras y en el juicio intelectual. Los síntomas relacionados al estrés en los residentes quirúrgicos son: fatiga, *burnout*, depresión, suicido, consumo de alcohol o drogas, disfunción familiar y de otras relaciones interpersonales. Estos problemas suceden en todas las jerarquías de médicos residentes. El estudio realizado por Hochberg y Cols. que evaluó a médicos residentes quirúrgicos a 21 participantes y resultó que el estrés es un componente significativo y sumamente presente en la vida del cirujano, pero que lamentablemente no es reconocido ni resuelto, así mismo asegura que se deben de tener prácticas preventivas para evitar la depresión, el uso de sustancias, divorcio y suicidio. El reconocimiento del estrés es crucial tanto en la residencia como a lo largo de la carrera debe ser entendido y manejado en los educadores médicos. La residencia medica y quirúrgica tienen un elevado riesgo de desarrollo de depresión y suicidio comparados con la población general. El riesgo suicida entre los médicos varones es 40% más elevado que la población masculina general. Sorprendentemente el riesgo suicida en las mujeres médicos es 130% más elevado que en la población femenina general. Así mismo, 1 de cada 16 miembros del *American Collage of Surgeons*, reportó en un ensayo anónimo en el 2008 haber completado el suicidio. Pero peor aun que haber pensado en el suicidio, es el hecho de que 1 de cada 4 cirujanos busca

ayuda profesional. En otros países además del abuso de sustancias, la elevada tasa de divorcio, se encuentran los problemas legales por mala práctica.

Es función del profesor no solo educar a los médicos residentes, sino hacer conciencia en la prevención y el tratamiento del estrés[7].

El cirujano discapacitado

Según la Asociación Americana de Medicina (AMA, por sus siglas en inglés), es aquel cuya salud física y mental interfiere en su habilidad para desarrollar sus actividades profesionales en forma segura. Esta discapacidad puede ser el resultado de un trastorno por abuso de sustancias, alguna otra enfermedad mental o física. Aunque la definición del "médico discapacitado" se usa ampliamente, es más común que se asocie a abuso de sustancias.[8]

En los Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia del uso de alcohol es de 8.5 en mayores de 18 años de edad; 12.4 para hombres y 4.9 para mujeres. Diversos estudios han estimado que este trastorno en médicos es muy parecido a la población general, pero existen algunos factores únicos para los médicos que facilitan el acceso a otras sustancias, como son: el conocimiento del resto de medicamento, que llevan a esta población al mayor uso de opioides, benzodiacepinas, fentanil y propofol. En 1973 la AMA público este controversial trabajo "El médico enfermo: deterioro por trastorno psiquiátricos" incluyendo alcoholismo y dependencia a drogas. Este trabajo pionero en su área señala que el abuso de sustancias es una enfermedad que sugiere caminos alternativos para manejar las acciones disciplinarias durante la especialidad. Esta asociación señala que es una obligación ética reportar a los colegas con dificultad en estas áreas.

Sin duda alguna, todos los médicos tenemos un elevado narcisismo; nos dedicamos a la curación, a la reintegración del paciente y a salvar vidas. Es en la mayoría de las veces el narcisismo absurdo el que nos impide buscar ayuda. Pretextos hay muchos: "nadie lo nota", lo "tengo todo controlado", "a mí no me pasa" y peor aún, aquel que cree que tanto la psiquiatría como la psicología es solo para "locos". La psiquiatría es una ciencia médica, la más humana dentro de todas aquellas y con un elevado rigor científico.

Mente es cerebro y cerebro es cognición, emociones, conducta y destrezas motoras. Todas estas forman al médico.

Problemas y síntomas los tenemos todos, pero va al terapeuta o al psiquiatra solo aquel que desea resolverlos. Finalmente acude al psiquiatra aquel que tiene mejor salud mental.

Referencias

1. N Anton, P Montero, L Howley, et al. *What Stress Coping Strategies are Surgeons Relaying Upon During Surgery*. *The American Journal of Surgery*, Vol 210, Num 5, November 2015
2. Hochberg M, et al. *The Stress of Residency: Recognizing the Signs of Depression and Suicide in You and Your Fellow Residents*. *The American Journal Of Surgery*, Vol 2015, No. 2, February 2013.

3. Ortiz-Leon y cols. *Maltrato y hostigamiento en médicos residentes*. Cirugía y cirujanos. Vol Num 3, Mayo-Junio 2014.
4. Gil-Monte PR. *Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000;16(2):101-2
5. Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M. *El síndrome de Burnout en los hospitales públicos*. Revista Médica Bs. As. 2000 1: 41- 43
6. Gutiérrez Aceves G, Celis López M, Moreno Jiménez S, et al. *Síndrome de burnout*. Arch Neurocien (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006
7. Domínguez Marisol. *Burn-out en residentes del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "Siglo XXI" y Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Centro Médico Nacional "Siglo XXI" UMAE HE*, México DF. 2007
8. Ranjan Sudan, Keri Seymour. *The Impaired Surgeon*. Surg Clin N Am 96 (2016) 89-93

CAPÍTULO
43

EL CIRUJANO GENERAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Dr. Enrique Lechner Shein

Aunque no hay una traducción exacta al español, quizá la más cercana es la de síndrome de agotamiento profesional, en Este caso de los cirujanos, pero también ha sido denominado como síndrome de adicción al trabajo; síndrome de fatiga crónica; síndrome de disfunción inmunitaria; encefalomielitis miálgica; enfermedad sistémica de intolerancia al ejercicio; y otras denominaciones más. Fue descrita en 1969 por B. Bradley como un fenómeno psicosocial de oficiales de policía y lo denominó *staff burnout*. En 1974 Freundenberger lo describió con más detalles, acercándolo al concepto actual de la enfermedad. Lo describió como "una sensación de fracaso y una existencia agotada o cansada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajo"[1].

Sin embargo, la gran complejidad de este síndrome ha hecho que reciba varios nombres más acercados a su cuadro clínico incluso a su posible etiología como las denominaciones de síndrome de disfunción inmunitaria, encefalomielitis miálgica, enfermedad sistémica de intolerancia al ejercicio o simplemente síndrome de fatiga crónica de origen desconocido[2].

Se presenta entre gran variedad de pacientes con distintos trabajos, entre cirujanos y médicos con distintas especialidades, pero también en deportistas, ingenieros, militares, personal docente, administrativo y otros más. Posiblemente es más frecuente en hombres que en mujeres[3].

Su sintomatología es básicamente la aparición de actitudes y sentimientos de negatividad total, así como por la presencia de gran fatiga tanto física como mental hasta el extremo de sentirse totalmente agotado e impedido de realizar cualquier tarea, desde el mismo momento de despertarse y con la sensación de no haber tenido un sueño reparador. La sintomatología se asocia directamente con la intolerancia a cualquier situación productora de estrés. La sintomatología asociada a éste síndrome es muy variada y afecta a cualquier órgano o sistema como insomnio, depresión con ideas suicidas; dolores musculares como fibromialgia; síndrome de intestino irritable; empeoramiento de la sintomatología en posición vertical: deterioro de la memoria; problemas de concentración; confusión; cefaleas frecuentes, irritabilidad manifiesta; debilidad muscular generalizadas; dolor de garganta con fiebre y dolor en ganglios cervicales;

disminución del apetito y pérdida de peso. El síntoma central de la constante e intensa fatiga física es el indicador principal para realizar el diagnóstico, porque es nueva para el enfermo, persiste a pesar del descanso en cama y del sueño por lo regular su duración es mayor a los seis meses y empeora con la posición de parado, lo que impide cualquier actividad. Lo que antes era motivo de alegría y goce, se torna en sentido contrario. El estrés de cualquier tipo empeora la sintomatología, pero persiste a pesar de su aparente ausencia. Desaparecen los incentivos que anteriormente eran halagadores. Existen factores de riesgo para su presentación como cuando el trabajo es complejo y excesivo; lo ingresos económicos no son suficientes, el ambiente laboral no es el ideal; existe decepción con sentimientos de frustración con el empleo actual. La despersonalización es otra característica que hace que el paciente cambie a conductas cínicas poco sociales y cometa errores graves en su trabajo. Tan variada sintomatología, a primera vista puede crear la impresión de que se trata de personas flojas, irresponsables, y conflictivas en busca de objetivos no claros. Sin embargo, el problema es complejo y de diagnóstico difícil, sobre todo cuando los síntomas del caso son más subjetivos que objetivos, asociados al inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que afectan la calidad de vida y de la salud mental del enfermo, pero que también repercuten sobre su salud física; a adquirir adicciones a diversas drogas o incluso provocar la muerte. Las consecuencias del padecimiento se extienden a los ámbitos laboral, económico, familiar y social del que lo padece, en otras palabras, es un síndrome con un pronóstico grave[4].

La profesión médica y en especial el cirujano general que hace grandes sacrificios para realizar lo mejor posible su profesión, están expuestos a un cotidiano estrés con una enorme esponsabilidad en la constante toma de decisiones de las que depende el bienestar de los pacientes. Esto representa una fuente inagotable e inigualable de presión física y mental. El cirujano hace a lo largo de su vida muchos sacrificios para actuar con entera dignidad en su labor; dedica mucho de su tiempo a ello, constantemente sacrifica actividades personales, familiares y sociales. El costo de ello es el agotamiento físico y mental que puede hacerlo pensar que no está haciendo bien y a menospreciase y a tener falsos sentimientos de culpa. Finalmente cae en un estado depresivo severo con sus respectivas consecuencias, como el divorcio, el alejamiento de la familia y de los amigos e incluso al suicidio[5,6.] Una de las paradojas del síndrome, además de no respetar sexo o edad, es que también involucra a cirujanos y profesionistas de alta calidad, que en determinado momento sienten que ya no tienen nada más que aportar, que ya son improductivos, que su trabajo ya no los satisface y que ya no es gratificante. Pero existen muchos casos en los que la intensidad del síndrome no es tan intensa y se presenta en jóvenes estudiantes de medicina, internos y en residentes de muy diversas especialidades médicas, como se puede ver en la literatura médica[7,8,9,10] principalmente la anglosajona, done se han publicado muchos artículos en referencia a su presentaciones en grupos de residentes de diversa especialidad. Tal vez cambiando la severidad patológica de la enfermedad, cuya denominación se presta a ello y entonces se enfoca a un sentido menos severo que bien podría nombrarse e interpretarse como un simple "síndrome de insatisfacción laboral", el que por lo regular no llega a los extremos del verdadero síndrome de burnout que lleva implícito un largo tiempo laboral, cronicidad y gran variedad de la sintomatología con muy larga exposición al estrés y al cansancio físico[1].

Sus causas, aparte del estrés crónico, no han sido encontradas, se menciona al virus de Epstein-Barr y al virus del herpes humano tipo 6 (HHV-6)[11] como productores de alteraciones en la respuesta inmunológica sistémica que en algún momento crean moléculas que alteran la respuesta inmunológica normal y son las originadoras de distintos síntomas de cualquier órgano o sistema. Además del estrés, también se culpan a la edad, a enfermedades infecciosas previas, a factores genéticos y a diversos factores ambientales; a padecimientos endócrinos, psiquiátricos, hepáticos, renales y a la presencia de tumores cancerosos. Por lo tanto, no existen exámenes de laboratorio o de imagen que ayuden al diagnóstico. Aunque se ha tratado de encontrar datos anormales en los estudios del cerebro realizados por medio de la resonancia magnética nuclear.

El instrumento diagnóstico más utilizado para diagnosticar y medir al síndrome de fatiga crónica en el de las psiquiatras Christina Maslach y Susana Jackson[12], al que nombraron inventario *burnout*. Utiliza un enfoque tridimensional para su evaluación: a) el grado de satisfacción o insatisfacción en el trabajo: b) el agotamiento emocional y c) la despersonalización, o sea el cambio de carácter ocasionado por el síndrome. Consiste en contestar 22 preguntas y se les asigna un valor, nunca 0, pocas veces al año 1; una vez al mes o menos 2; pocas veces al mes 3; una vez a la semana 4; pocas veces a la semana 5; todos los días 6. Las 22 preguntas son:

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.
2. Cunado termino la jornada de mi trabajo, me siento agotado.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo, ya me siento fatigado.
4. Siento que puedo atender fácilmente a la persona que tengo enfrente.
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. El trabajar todo el día me cansa.
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de mis pacientes.
8. Mi trabajo me disgusta.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Me he hecho de carácter más duro en el trato con mis semejantes.
11. Me preocupa que mi trabajo me esté alterando emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía para trabajar.
13. Me siento frustrado con mi trabajo.
14. Siento estar mucho tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.
16. El trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mi trabajo.
18. Me siento estimulado después de trabajar íntimamente con quienes tengo que atender.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

En cuanto al tratamiento, como todo en medicina, lo mejor es la prevención, lo que se logra mediante la difusión y el entendimiento de los factores que la de lo ayudan a desencadenarlo, cuando las varias medidas para correctamente balancear las múltiples

actividades, del cirujano en este caso, son correctamente delimitadas y sus desviaciones correctamente interpretadas y corregidas, por el cirujano mismo o por la ayuda que solicite de todos los que lo rodean o por la intervención profesional del psiquiatra, porque su desconocimiento o su negación lo agravan a situaciones extremas muy peligrosas. Desgraciadamente la información al respecto ha sido muy limitada, desde la misma facultad de medicina donde, más nos instruyen con las enfermedades físicas y muy poco con las mentales, aunque en los últimos tiempos ya se le escucha con más frecuencia, sin embargo, su profilaxis es tomada en cuenta por muy pocos, incluyendo la decisión del retiro definitivo a tiempo, sobre todo de las especialidades quirúrgicas en las que la carga física y emocional es tremenda y donde los errores son más aparentes y costosos en todos los aspectos[13].

Debido a que la etiología y la fisiopatología íntimas del síndrome son muy poco conocidas, su tratamiento está orientado a la adquisición de conductas reductoras del estrés y a la administración de medicamentos orientados únicamente a la mejoría sintomática pero no a la corrección de la etiología. Así se han recomendado técnicas de relajación como la meditación. La terapia cognitivo conductual. La biblioterapia. La musicoterapia. La terapia de grupo. La práctica de deportes: de hobbies o de cualquier tipo de distracción y diversión al alcance del paciente. El fomento de las relaciones humanas, familiares, de amistades y de colegas. El involucramiento en trabajos y tareas comunitarias. La alimentación correcta tanto en cantidad como en calidad. El alejamiento de cualquier droga, del alcohol o de cualquier otra adicción. El dormir por tiempo suficiente y tomar una siesta a la mitad del día. Las técnicas de autoconocimiento personal son de gran valor para resolver problemas y estrés personales. La bioretroalimentación. Los ejercicios de respiración profunda. La hipnosis. La terapia con masajes. Las técnicas de relajación muscular. Yoga. El planear cuidadosa y pausadamente actividades diarias y, desde luego buscar la ayuda profesional del psiquiatra[14]. Por otro lado también la medicación encaminada a disminuir los síntomas depresivos, de dolores musculares, de síntomas digestivos y de otros varios son igualmente recomendadas. También se han intentado terapias con antivirales como el aciclovir y con terapias encaminadas a mejorar el sistema inmunitario con medicamentos monoclonales como la rintatolimod (Ampligen)[15], aún no aprobado por la FDA norteamericana y cuyo costo es excesivo

El pronóstico del síndrome es de difícil predicción, sobre todo cuando la sintomatología empieza por primera vez. Algunos enfermos se recuperan en semanas o meses, pero en otros pueden durar años en curarse o incluso morir sin haber logrado el alivio. Se calcula que uno de cada cuatro enfermos está gravemente discapacitado al grado de no poder siquiera abandonar la cama o salir de su domicilio. La sintomatología puede ser periódica, ir y venir en ciclos de duración variable e impredecible e incluso progresar a un estado de depresión mayor, totalmente incapacitante. Se recomienda tener mucho cuidado con los efectos secundarios de los medicamentos recomendados, que pueden sumarse y agravar el estado de fatiga mental tanto mental como física.

Referencias

1. Hernández-Vargas CI, Dickinson ME, Fernández-Ortega MA. *El síndrome de desgaste profesional, burnout, en médicos mexicanos*. Rev Fac Med UNAM. 2008;51:11-14.
2. En internet. www.ccdc.gov/cfs.
3. Davis EC, Risucci DA, Blair PG, Sachdeva AK. *Women in Surgery Residency Programs: Evolving Trends From National Perspective*. J Am Coll Surg. 2011;212:320-36.
4. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser Fe, et al. *Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons*. Ann Surg. 2001;130:696-702.
5. Schanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. *Burnout Medical Errors Among American Surgeons*. Ann Surg. 2010;251:995-1000.
6. Balch CM, Freisch JA, Shanafelt TD. *Stress and Burnout Among Surgeons: Understaning and Managing the Síndrome and Avoiding the Adverse Consequenses*. Anrch Surg. 2009;144:371-76.
7. BelliniLM, Baime M, Shea JA. *Variation of Mood and Empathy During Internship*. JAMA. 2002;287:3143-46.
8. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. *National Survey of Burnout Among US General Surgery Residents*. J Am Coll Surg. 2016;223:440-51.
9. West CP, Huschka MM, Novvotny Pj, et al. *Association of Percieve Medfical Errors With Residents Distress and Empathy: A Prospective Longuitudinal Study*. JAMA. 2006;296:1071-78.
10. Shasnafelt TD, Bradlley KA, Wipf JE, Back AL. *Burnout and Self-reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program*. Ann Int Med. 2002;146:358-67.
11. *Síndrome de fatiga crónica*. www.institutferran.org/fatiga_cronica.htm
12. Malslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. 2nd. Ed. Palo Alto CA: Consulting Psycology Press; 1986.
13. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, et al. *Stress and Career Satisfaction Among Fourteen Sugical Specialities, Comparing Academic and Private Settings*. Ann Surg. 2011;254:558-68.
14. Burns DD. *Felling Good*. Ed. Avon Books. New York. 1980.
15. Ampligen (rintatolimod). *FDA Approval Status*. Drug.com.www.drugs.com FDA.

.

CAPÍTULO
44

EL CIRUJANO GENERAL INCAPACITADO

Acad. Dr. S. Francisco Campos Campos

Caso 1:

Cirujano general joven de 34 años de edad con sub-especialidad en endoscopía gastrointestinal, casado con una doctora especialista en nefrología con quien ha procreado dos hijos de 1 y 3 años de edad. Trabaja como médico adscrito a un servicio de cirugía general y gastrointestinal en un hospital del servicio público en el turno matutino y por las tardes inició trabajo en la medicina privada en un hospital metropolitano de prestigio al cual asiste tres veces por semana. Tiene el antecedente de fractura de tibia y peroné en accidente de motocicleta a los 18 años. Aficionado práctico a la charrería, monta a caballo todos los fines de semana. Inició su padecimiento actual durante una competencia de charrería al intentar lazar a una vaquilla al momento que montaba a su caballo. El lazo le amputó, por arrancamiento los dedos anular y meñique de la mano derecha (su mano dominante) y sección tendinosa de los tendones flexores de los dedos índice, medio y anular de la mano izquierda. Fue intervenido quirúrgicamente para remodelación de muñones amputados en los dedos anular y meñique de la mano derecha y reparación de los tendones flexores de los dedos índice, medio y anular de la mano izquierda. De la cirugía realizada en la mano derecha evolucionó sin complicaciones, sin datos de infección y cicatrización completa lo cual dejó como secuela la falta de los dedos mencionados. En la mano izquierda después de inmovilización por 10 semanas se inició tratamiento con rehabilitación por tres meses con lo cual se logró la recuperación de la flexión de los dedos involucrados al 80 %. Después del accidente estuvo con incapacidad laboral por enfermedad general no relacionada con su trabajo y con percepción de sus salario al 60 % por espacio de 5 meses al término de los cuales se incorporó de nuevo a su centro laboral. En la actualidad no le es posible manejar con pericia suficiente los manerales de los endoscopios que utilizaba antes del accidente y en su actividad en quirófano por el momento solo se le ha designado como primer ayudante en casos de cirugía no compleja. Después de un año del accidente no le es posible tener responsabilidad primaria en cirugía ni en endoscopia concretando su desempeño como ayudante de cirugía y trabajo clínico en el piso con enfermos hospitalizados y consulta externa. La actividad en la medicina privada en endoscopía la ha dejado de realizar y para la cirugía requiere de ayuda de un colega solo para casos no complejos.

Caso 2

Cirujano general de 58 años de edad quien ha trabajado por 30 años en un hospital general del servicio público y ha desarrollado práctica privada de la cirugía en un hospital metropolitano en donde ha tenido su consultorio por 28 años. Casado con una mujer de 57 años, dedicada al hogar, con tres hijos y dos nietos. En su casa aún viven dos de sus hijos y la esposa, el tercer hijo, padre de sus dos nietos vive en otra ciudad. Tiene planes próximos de jubilación con el proyecto de dedicarse por completo a la práctica privada y ahorrar dinero para su vejez ya que la mayoría de sus ingresos los ha dedicado a la educación y manutención de sus hijos. En su historial clínico destaca la presencia de obesidad grado I, tabaquismo en razón de 10-12 cigarrillos al día, alcoholismo con excesos ocasionales (dos por semana), dislipidemia para los cuales toma atorvastatina 20 mg al día, diabetes *mellitus* de reciente diagnóstico (un año) en control con metformina y dieta e hipertensión arterial sistémica en control con amlodipino 5 mg cada 12 h. Inició su padecimiento actual hace 6 meses con dolor epigástrico y en cara anterior de tórax, nocturno, posterior a la ingesta de cena copiosa y tres copas de vino tinto. Se automedicó con Pantoprazol 40 mg y Gel de aluminio 3 cucharadas soperas. A las tres de la mañana presentó diaforesis profusa, mal estado general, disnea y cianosis por lo que su esposa lo llevó al hospital en una ambulancia. A su ingreso se diagnosticó con infarto agudo del miocardio de cara diafragmática extenso con bloqueo aurículo-ventricular. Presentó alteraciones neurológicas centrales con focalización. Después de una larga estancia hospitalaria sobrevivió con las siguientes secuelas: cardiopatía isquémica con aneurisma ventricular, bloqueo aurículo-ventricular que ameritó la colocación de marcapasos definitivo y secuelas neurológicas por fenómenos trombo-embólicos. (incapacidad para la movilización de su brazo derecho, lado dominante; aunque puede caminar lo hace con dificultad por alteraciones motoras en la pierna derecha). A seis meses del incidente persiste incapacitado para su trabajo a nivel institucional percibiendo el 60 % de su salario y no ha podido reanudar el ejercicio de la medicina privada. Su consultorio hasta el momento ha sido atendido por uno de sus colegas quien se ha hecho responsable de algunos de sus pacientes.

Caso 3:

Cirujano general de 42 años edad quien trabaja exclusivamente en un hospital privado de prestigio en la ciudad. Casado con una psicóloga con quien tiene dos hijos de 12 y 14 años de edad. Debido a su buena preparación profesional y a un buen desempeño es un profesional muy exitoso. En general es sano, hace ejercicio 4 veces por semana, no fuma ni bebe en exceso. Fue llamado al servicio de urgencias para atender a un paciente herido por arma blanca, portador de tatuajes y quien venía bajo influencia de alcohol y drogas a quien operó. Fue una operación cruenta con múltiples lesiones intra-abdominales. Durante la cirugía en forma accidental sufrió un piquete con la aguja de una sutura y se contagió con el virus de la hepatitis C. Desarrolló hepatitis grave con insuficiencia hepática aguda que lo llevó a la encefalopatía hepática. Estuvo en la unidad de cuidados intensivos por dos semanas y un total de 4 semanas en el hospital. Su seguro de gastos médicos mayores cubrió el 85 % del costo de su atención médica. Estuvo con incapacidad total para el desarrollo de su trabajo por 6 meses, tiempo en el cual no tuvo percepciones económicas y utilizó sus ahorros para cumplir con sus compromisos financieros. Al regresar a trabajar perdió muchos pacientes que lo abandonaron al no encontrarlo y poco a poco fue

perdiendo otros debido a su aspecto físico de enfermedad (ictericia, pérdida de peso, edemas, etc.) Al paso de dos años del incidente considera que su trabajo regresó al volumen que tenía antes de enfermar, hizo uso de sus ahorros para subsistir y los consumió. En la actualidad está bajo tratamiento con antivirales e Interferon con evidencia de tener hepatitis crónica activa y desarrollo de cirrosis hepática. Ya no puede trabajar con el dinamismo e intensidad que antes.

Con cierta frecuencia encontramos libros o artículos en la literatura médica sobre la relación entre la cirugía y el cirujano o el ser y quehacer del cirujano. Literatura orientada a la correcta formación del profesional de la cirugía, su desarrollo profesional, educación médica continua, etcétera, o bien sobre determinadas patologías, desarrollo de técnicas quirúrgicas, innovación para el mejor ejercicio de la profesión en beneficio de los pacientes. Sin embargo, cuando se trata del análisis del estilo de vida del médico o del cirujano pocos profesionales se ocupan de esto. El cómo vive el cirujano su etapa de formación, los aspectos de vida personales en el ejercicio de la profesión, riesgos, beneficios, prevención de eventos adversos y cómo favorecer el desarrollo integral y positivo de estos individuos.

Los conceptos vertidos en este manuscrito distan mucho de ser la verdad absoluta y mucho menos pretenden establecer normas de conducta, si no por el contrario son un puñado de reflexiones, pensamientos y opiniones personales que pretenden solo mostrar una visión desde otro ángulo del ejercicio de esta maravillosa profesión.

La personalidad del médico dedicado a la cirugía suele ser dinámica, inquieta, sagaz y en momentos intempestiva. Decimos popularmente "le hierve la sangre" pero al mismo tiempo debe tener temple y capacidad de control de estrés en circunstancias adversas. Como en cualquier otra actividad de la vida, pero en particular para el ejercicio de la cirugía se requiere de un individuo física y mentalmente sano. En un ejercicio lúdico imaginemos a un cirujano enfermo, con cardiopatía isquémica proclive al infarto del miocardio, con alguna discapacidad neurológica central o a nivel de columna vertebral, con limitaciones para el movimiento o imposibilidad para mantenerse en pie por muchas horas, su desempeño se verá afectado necesariamente y esto podría ir en detrimento de la calidad de atención profesional. En forma paralela y en cuanto a los intereses personales, la discapacidad puede afectar no solamente su calidad de vida como persona, si no sus ingresos económicos y finanzas en detrimento de su persona y de su familia.

¿Qué es la integridad física?

La palabra integridad proviene del latín *integrîtas*, *-ātis* (totalidad, virginidad, robustez y buen estado físico), pero el vocablo se deriva del adjetivo integer (intacto, entero, no tocado o no alcanzado por un mal). Se compone de in- (no) y una raíz que es la misma que la del verbo tangere (tocar o alcanzar), es la pureza original y sin contacto o contaminación con un mal o un daño (físico o moral). Mientras que la palabra física a su vez proviene del lat. *physĭcus*, y éste del gr. φυσικός *physikós* 'relativo a la naturaleza'. Se refiere al exterior de una persona; lo que forma su constitución y naturaleza.

La integridad física se relaciona con no ser objeto de vulneraciones en la persona, en lo físico o la salud. En este sentido, ser íntegro significa tener salud, estar entero, sin daños. Una persona íntegra es también aquella que no se queda en una sola actividad, si no que se mueve por las distintas áreas del conocimiento, posee una amplia gama de aptitudes y capacidades. La Integridad física conlleva la

conservación de todas las partes del cuerpo y de su bienestar físico, lo que implica el buen estado de salud de las personas[1].

¿Qué es la incapacidad o discapacidad?

La incapacidad es la situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social. Cuando un trabajador se encuentre incapacitado para trabajar de manera temporal, debido a que sufra un padecimiento derivado de un accidente o enfermedad[1,2,3].

¿Cómo se clasifica?

La incapacidad laboral puede presentarse de forma temporal o permanente, y puede ser parcial o total. Como ejemplo del primer caso ofreceremos el reposo que debe guardarse para recuperarse de una operación como la apendicectomía o colecistectomía que en general no es mayor a un mes, pero podría darse el caso de que el trabajador, en este caso el médico o el cirujano tuviera una enfermedad que lo incapacitara permanentemente para el ejercicio de su profesión como por ejemplo las secuelas de una enfermedad vascular cerebral o la amputación de una mano o dedos de la mano. De acuerdo a la ley y en un sentido social la incapacidad permanente conduce necesariamente a la pensión del trabajador. La incapacidad que tiene un trabajador para continuar laborando y por consiguiente para generar ingresos para su manutención, por ley debe ser cubierta por el Instituto Mexicano del Seguro Social o el ISSSTE o sistema médico social en el que el médico trabajase quien deberá retribuir económicamente al trabajador durante el tiempo que esté imposibilitado para laborar.

La incapacidad laboral es una de las figuras que más beneficios han traído al trabajador, puesto que debido a la incapacidad para trabajar, el empleado está imposibilitado para procurarse por sí mismo lo necesario para subsistir junto con su familia La incapacidad originada en una enfermedad de origen profesional o por un accidente de trabajo, debe ser pagada por la administradora de riesgos profesionales a la que esté afiliada la empresa. Para el caso de las incapacidades originadas en una enfermedad profesional o accidente de trabajo, la administradora de riesgos (IMSS o ISSSTE o equivalente) debe cubrirla desde el primer día de incapacidad. En el caso de a incapacidad por enfermedad general esto es por aquella enfermedad que no tiene origen profesional o por un accidente que no es de trabajo, debe ser pagada a partir del cuarto día; los tres primeros días de incapacidad los paga la empresa o el empleador.

Si la empresa no tiene a su empleado afiliado a una institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE o equivalente) primero estaría incumpliendo con sus obligaciones laborales y se expone a tener que pagar la totalidad de la incapacidad y en el caso de que el empleado no pueda rehabilitarse o recuperar su salud deberá pensionarlo. El valor que el empleado recibe por incapacidad es igual al 100 % de su salario base con el que cotiza si es que se trata de una enfermedad profesional, en el caso de incapacidad por enfermedad general el valor que el empleado recibe es equivalente al 60 % de su valor base de cotización. En ningún caso la incapacidad deberá ser inferior al salario mínimo vigente. La base para el cálculo y pago de la incapacidad no es el sueldo devengado o recibido por el trabajador, sino el sueldo sobre el cual cotizó, aunque por ley deben ser iguales.

En los casos en los que el trabajador, el médico o el cirujano incapacitado trabajen para una empresa o sistemas de seguridad social, el

Instituto Mexicano del Seguro Social previene la siguiente reglamentación para el pago de incapacidades:

Si la enfermedad se consideró como enfermedad de trabajo o asociada o derivada del servicio profesional que se presta, como por ejemplo en un cirujano se podría referir a una conjuntivitis por salpicadura de material purulento en los ojos o la contaminación por el virus de la hepatitis C mediante una punción accidental en cirugía, se paga el 100 % del salario registrado desde el inicio de le enfermedad, no requiere de un número determinado de semanas cotizadas y se paga desde el primer día hasta por 52 semanas según lo que determinen los servicios médicos.

En los casos de enfermedad general, como por ejemplo la cardiopatía isquémica asociada a infarto de miocardio en un cirujano, para que el pago de su incapacidad se lleve a cabo se requiere que ese médico haya trabajado y cotizado por lo menos 4 semanas previas al incidente y si es un trabajador eventual (que no tiene base) se requiere que haya trabajado por lo menos 6 semanas en los últimos 4 meses anteriores al inicio del proceso mórbido. En este caso el salario se pagará solamente al 60% de su sueldo y se pagaría desde el cuarto día de inicio de la enfermedad hasta por 52 semanas según lo determine el servicio médico con posibilidad de prórroga hasta por 26 semanas más. Llegado el límite de pago se tendría que evaluar la necesidad de pensión temporal o definitiva lo cual conlleva una reglamentación diferente.

En el caso de las doctoras que requieran una incapacidad por maternidad se requiere que hayan cotizado por lo menos 30 semanas en los últimos 12 meses y se pagará el 100% de su salario. La incapacidad se podrá extender desde los 42 días previos al nacimiento hasta 42 días en el puerperio[3].

Más allá de las leyes y reglamentos asociados a la incapacidad, el cuestionamiento clave es ¿los médicos estamos preparados en lo físico, en lo mental y en lo económico para poder NO trabajar en tanto nos rehabilitamos de una enfermedad? ¿Cuidamos suficientemente nuestra salud física para tratar de evitar enfermedades que nos impidan trabajar? ¿Sabemos o hemos procurado aprender otras materias por si no nos es posible dedicarnos a la cirugía? ¿Hemos cultivado la inteligencia emocional y estamos preparados para el cambio en caso de no poder operar? ¿Tenemos un fondo financiero o ahorros suficientes para poder enfrentar una crisis de salud temporal o definitiva?

Las respuestas a estas interrogantes están en la conciencia de cada uno de nosotros, en términos generales el ser humano difícilmente se prepara para estos momentos difíciles y suele tener que resolver a “bote pronto” la adversidad. Estas reflexiones deberían sembrar en nuestra conciencia la necesidad de prepararnos para contingencias de esta naturaleza.

Cuando ocurre une enfermedad incapacitante temporal o permanente suele ser un momento muy difícil, particularmente cuando no se ha pensado con anterioridad la forma de proceder. Si la incapacidad es temporal también dependerá del tiempo que se lleve la recuperación y de los recursos que se tengan para enfrentar el problema. Si ese médico trabaja para un sistema de salud, es decir tiene un empleador, en general tendrá derecho al servicio médico para lo cual no tendrá que hacer ningún gasto mayor, conservará su trabajo y lo retomará cuando se encuentre apto para ello y recibirá el 60 o el 100% de su salario de acuerdo a como lo marca la ley. Estas medidas, derechos y prestaciones harán menos difícil el proceso. En los casos de médicos que no trabajan para un sistema de salud, es decir que

solo ejercen la medicina privada, el problema se vuelve mucho más complejo. Se tendrá que procurar a sí mismo un servicio médico privado y gastar dinero en ello además de que no tendrá la posibilidad de trabajar y por ende de recibir honorarios o dinero. Como se comprenderá se torna una situación bastante difícil de enfrentar si no se está preparado para ello. Puede representar un costo muy alto en términos financieros y de no ejercicio profesional, esto si se trata de un proceso que produce una incapacidad por pocos días o temporal. En los casos en los que se produce una enfermedad que deja secuelas graves en forma permanente puede representar el punto de quiebre de la economía personal y familiar.

¿Cómo enfrentar el problema desde el punto de vista psicológico, cambio de giro o estrategia laboral, que alternativas financieras existen?

Las reflexiones más importantes en torno a este problema deberán ser en el sentido de la prevención o de la preparación para atender una contingencia de esta naturaleza. Una de las primeras cosas en las que un cirujano debe reflexionar es si está o no cuidando su salud correctamente. En el tiempo actual los cirujanos solemos vivir "demasiado aprisa", no nos damos tiempo para cuidar nuestra salud en forma correcta aunque insistimos a los pacientes que lo hagan para ellos. Debemos procurarnos un descanso suficiente, un ambiente de trabajo que no sea pernicioso, buena alimentación y desarrollar el hábito del ejercicio físico. Cuidar el peso es fundamental y tratar de reducir el estrés laboral procurando actividades recreativas. En el trabajo es importante que los cirujanos disminuyamos los riesgos profesionales a los que estamos expuestos, en particular a las enfermedades infecto-contagiosas que podamos contraer en los hospitales en el ejercicio laboral. En función del estilo de vida y de las relaciones inter-personales que los cirujanos nos procuramos es menester evitar horas excesivas de trabajo y dobles turnos. Se deberá ser mesurado en el consumo de alcohol, evitar el hábito del tabaco y otras drogas. En general se requiere de una vida ordenada y disciplinada para conservar la salud por más tiempo.

Dada la personalidad de este profesional de la medicina y sobre todo el cirujano joven, suele desarrollar actividades recreativas que pueden ocasionar riesgos innecesarios que podrían producir incapacidad prolongada o hasta definitiva. La práctica de deportes o actividades extremas que se asocian a alto riesgo como es el salto en paracaídas, buceo, *surfing*, salto con ligas desde grandes alturas, motociclismo, etc. En estas actividades cuando ocurre un accidente suele ser grave y producir incapacidades importantes. El cirujano debe proteger sus sentidos y funciones orgánicas básicas para el desarrollo de su trabajo, como ejemplo pondremos a la integridad neurológica, al cuidado de los ojos, manos, columna vertebral y extremidades podálicas.

Con frecuencia se escuchan comentarios emitidos por cirujanos que inclusive los hacen sentir muy orgullosos, "yo me la paso en quirófano todo el día", "para mí la cirugía lo es todo", "yo lo único que se hacer es operar". Los cirujanos deberíamos cultivar otras áreas del desarrollo profesional, no solo con el pensamiento de diversificar nuestras actividades si no pensar en actividades alternativas que un cirujano puede desarrollar, particularmente si ya no puede operar o si ya no puede operar lo que operaba antes. Como ejemplo mencionaré a la docencia, investigación, administración de los servicios de salud, actividad editorial, etc. Buscar otras alternativas laborales que podríamos desarrollar en circunstancias determinadas. Más aún podrían ser actividades no

relacionadas necesariamente con la medicina pero que ante una emergencia o circunstancia determinada me fortalezcan como persona, como ejemplo mencionaré a la medicina empresarial o a la actividad empresarial no ligada a la medicina. Es decir en la vida como cualquier ser humano debemos pensar siempre en un plan "B" en caso de que nuestra primera alternativa no sea posible, es decir un cambio de estrategia. Pensar y prevenir en este sentido ahorrará muchos problemas, frustraciones y dificultades.

Las siguientes frases son ejemplo de grandes verdades:

El dinero no puede comprar la felicidad, pero seguro que te conseguirá una mejor clase de recuerdos.- **Ronald Reagan** (actor y ex Presidente de los Estados Unidos).

Mientras que el dinero no puede comprar felicidad, te permite elegir tu propia forma de desgracia.- **Groucho Marx** (actor, humorista y escritor estadounidense).

El dinero no te hace feliz, pero relaja los nervios.- **Sean O'Casey** (dramaturgo irlandés).

Solo sabe lo que pesa la piedra el que la carga.- **Refrán Popular.**

Aunque el médico o cirujano incapacitado tenga muchos amigos o familiares, al final cuando ocurre una desgracia de este tamaño que evita que pueda desarrollar su actividad profesional y más aún sea capaz de proveerse lo necesario para recuperar la salud y ofrecer bienestar a su familia, se encuentra solo. Es importante pensar en ello y tratar de prevenir o tener una provisión para estos momentos difíciles. Cada quien encontrará su forma en particular de enfrentarla pero aquí se presentan algunas alternativas.

El cirujano que trabaje en un sistema de salud determinado tendrá las prestaciones que la ley le ofrece dentro de la cuáles se encuentra el apercibimiento de su salario en forma total o parcial. Mucho o poco dinero ayudará a subsanar sus necesidades. Para el cirujano disciplinado podrá generar un ahorro o una provisión para catástrofes de salud, es decir que constantemente ahorre y no se gaste una cantidad de dinero que proviene de sus ingresos para este rubro. Esta posibilidad es extremadamente difícil de cumplir toda vez que siempre hay necesidades que apremian y conllevan a la utilización de este dinero en otra cosa.

En el mercado financiero existe la posibilidad de adquirir fondos de ahorro financiero en fideicomisos o instituciones de banca múltiple con mayores rendimientos orientados al ahorro. En el ramo de los seguros, así como existen seguros para estudios o de retiro laboral asociados a seguros de vida se promueven seguros contra incapacidad laboral temporal o definitiva asociados también a seguros de vida. Es decir estos productos no se venden solos, únicamente asociados a seguros de vida.

Ejemplo de este tipo de pólizas son las que presentan las compañías de seguros Metlife, AXA y Grupo Nacional Provincial[4,5,6], es un seguro de vida que tiene extensión para casos de invalidez total o permanente. Define que el Asegurado se invalida de manera total y permanente, por enfermedad o accidente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. También será considerada como invalidez total y permanente si sufre pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o ambos pies, de una mano y un pie o, de una mano y la vista de un ojo o, un pie con la vista de un ojo. En todo caso, el dictamen correspondiente deberá ser emitido por el instituto de seguridad social al cual se encuentre inscrito el asegurado, o por un médico legalmente autorizado

para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, haciéndose constar expresamente, que en este último caso se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen emitido, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada. Esta cobertura surtirá efecto inmediatamente después de transcurrido el periodo de seis meses citado en la definición de invalidez total y permanente. Las exclusiones a esta cobertura son por participar en actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos, riña o alborotos populares, accidentes que ocurran en la aviación no asociada a la aviación comercial, pruebas o contiendas de velocidad o resistencia, intento de suicidio, alteraciones mentales, ingesta de drogas o alcohol.

Una persona enferma y lo que aquí nos ocupa un cirujano enfermo que no puede trabajar siempre será una desgracia. Ya sea en los primeros años de su ejercicio profesional con un futuro promisorio que no pueda cumplirse o bien en las postrimerías del ejercicio cuando se impone el merecido reposo y disfrute de otros aspectos de la vida siempre será infortunado. No hay fórmula magistral para enfrentar estos problemas, cada caso en particular es diferente. Lo que esta reflexión podría dejarnos en claro es que es mejor prevenir que tratar de resolver cuando se tiene el problema encima. Las personas y los cirujanos debemos planear y pensar que ese momento podría llegar y de esta forma tener un plan para salir adelante tanto en la salud, en el bienestar psico-social como en los compromisos económicos por cumplir.

Referencias:

1. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Edición del tricentenario.
2. Ley Federal del Trabajo. *Última reforma publicada DOF 30-11-2012 Secretaría del Trabajo*. Cámara de Diputador del H. Congreso de la Unión. República Mexicana.
3. Ley General de Salud. *Última reforma publicada DOF DOF 10-05-2016Secretaría de Salud*. Cámara de Diputador del H. Congreso de la Unión. República Mexicana.
4. *Póliza de seguro de vida e invalidez temporal o permanente. Condiciones generales*. Metlife México S.A. afiliada a Metlife Inc. 2016.
5. *Póliza de seguro de vida y ahorro. Condiciones generales, Protección efectiva*. AXA seguros. 2016.
6. *Póliza de seguro de vida*. Grupo Nacional Provincial S.A.B., GNP, seguros. 2016.

CAPÍTULO
45

EL CIRUJANO GENERAL COMO PACIENTE

Dr. César Gutiérrez Samperio

La percepción de la enfermedad por los médicos esta permeada por sus conocimientos, experiencia y vivencias en su vida profesional, el continuo contacto con los pacientes durante el diagnóstico, el tratamiento y la convalescencia, le da una visión amplia de lo que representa el proceso salud-enfermedad, su repercusión en la vida familiar, social y profesional. El cirujano sabe que una intervención quirúrgica es una agresión, que la cirugía es un trauma para el enfermo, cierto, un trauma necesario con el que se pretende recuperar la salud, pero que de cualquiera manera produce dolor, incapacidad temporal, secuelas y en ocasiones la muerte.

El cirujano durante su vida profesional activa con frecuencia se olvida de que él, como todo ser humano, también puede sufrir la enfermedad, inmerso en el trabajo diario no le da la debida importancia a los síntomas, que toma como molestias pasajeras que generalmente trata en forma sintomática. El concepto que el cirujano tiene de su propia enfermedad generalmente es erróneo, minimizando la importancia de los síntomas, mismos que casi siempre trata por medio de la automedicación. Habitualmente se resiste a pedir la opinión de otro médico, a someterse a un estudio clínico adecuado y completo, por lo que en ocasiones se retrasa el diagnóstico y el tratamiento, es necesario que el cirujano consulte y acepte la intervención de otros médicos, para la adecuada valoración de su enfermedad.

Las actividades profesionales del cirujano predisponen a la aparición de algunas enfermedades; el trabajo continuo bajo estrés, largas jornadas de trabajo, falta de sueño, alimentación irregular con periodos de ayuno prolongados, permanencia de pie y posición forzada durante las intervenciones quirúrgicas, repercuten en la salud con la aparición de angustia, insomnio, alteraciones digestivas, óseas, articulares o musculares, existen muchos factores que predisponen para la aparición de enfermedades como: hipertensión arterial, isquemia o infarto del miocardio, trastornos funcionales digestivos manifestados por dispepsia o colon irritable, que en algunos casos llegan a la úlcera péptica o enfermedad diverticular del colon, por otra parte, es frecuente la osteoartritis en columna vertebral, cadera o rodillas, con diferente grado de incapacidad funcional.

Relación médico-paciente.

La relación de la persona que sufre una enfermedad con el médico surge del

reconocimiento de su capacidad profesional, así como de su calidad moral para comprenderlo y ayudarlo. La petición de ayuda por un padecimiento que trae consigo dolor, diversas alteraciones orgánicas y funcionales, con diferente grado de repercusión en las esferas social, laboral y psíquica, contribuye para aminorar la angustia y el sufrimiento. Es la más clara demostración de la dependencia que el paciente tiene del equipo de salud y en especial del médico, quien con empatía, compasión y solidaridad pone todos sus conocimientos, destrezas y actitud al servicio del enfermo, con el fin de alcanzar un objetivo común, que es la recuperación de la salud, la rehabilitación y en algunos casos el retraso de la muerte, tratando de preservar una buena calidad de vida.

El impacto que produce una enfermedad grave en el enfermo es variable, el médico al percatarse de la gravedad de su enfermedad puede tener diferentes reacciones psicológicas, como lo refiero en el capítulo "El tigre dormido" como llamo al cáncer de páncreas, que apareció publicado en un libro conmemorativo del 150 Aniversario de la Academia Nacional de Medicina. Un prestigiado radiólogo se negaba a aceptar el diagnóstico de la enfermedad, que se demostraba en estudios realizados en su propio gabinete, cuando al fin lo aceptó tuvo un episodio de depresión profunda, durante el que atentó contra su vida. Un cirujano urólogo aceptó el diagnóstico, lo avanzado del padecimiento, la imposibilidad de realizar una cirugía oncológica extensa o aplicar terapia adyuvante, este médico vivió con estoicismo la evolución de la neoplasia, sometiéndose con resignación a un programa de medicina paliativa. Un prominente cirujano general, aceptó el diagnóstico, aceptó la intervención quirúrgica exploradora, en la que se encontró un tumor no resecable, pero no aceptó el pronóstico, por lo que recorrió varias instituciones de salud en el país y en el extranjero, con la esperanza de encontrar algún tratamiento curativo.

La RMP tiene una característica especial cuando el enfermo es un médico, quien conoce la clase de padecimiento que sufre, aunque no siempre valora en forma adecuada su gravedad y su pronóstico, una buena RMP depende de la adecuada comunicación. El tipo de relación paternalista o dependiente se da poco, ya que el médico se muestra renuente para aceptar el diagnóstico y seguir las indicaciones de otro facultativo, por lo contrario, es frecuente que por sus conocimientos el médico trate de imponer su criterio sobre el o los médicos tratantes, más aun cuando el médico enfermo es una persona de reconocido prestigio profesional, lo que se agrava más aun cuando el médico tratante es joven con poca experiencia profesional En el caso del cirujano como paciente que debe ser sometido a una intervención quirúrgica, todo lo cuestiona, desde el diagnóstico, la indicación de la cirugía, la técnica quirúrgica utilizada, así como el manejo pos operatorio, trata de imponer su opinión, lo que interfiere con la evolución esperada.

El exceso de regulación administrativa da lugar a una relación mecanicista o burocrática, en el que se anteponen las guías clínicas, algoritmos y normativa a los genuinos intereses del paciente. Lo ideal es que se establezca una buena comunicación, un diálogo continuo entre el cirujano enfermo y el equipo de salud, que el cirujano conozca su enfermedad, los procedimientos diagnósticos que se están realizando, el tratamiento instituido con todas sus ventajas y desventajas. El participar en el diagnóstico y el tratamiento, bajo la dirección y control del médico tratante es la base del modelo de RMP de responsabilidad com-

partida, con la que se obtienen mejores resultados, con mayor satisfacción por la atención recibida.

Consentimiento Informado.

Como en todo acto médico se debe informar al paciente todo lo referente a su enfermedad, su etiología, manejo diagnóstico tratamiento, pronóstico, posibles eventos adversos, complicaciones y secuelas, planteando las posibles alternativas de solución a los problemas existentes, jerarquizando su urgencia, gravedad y trascendencia. Cuando el paciente es un médico las dudas y las interrogantes son más concretas, sobre aspectos específicos de su padecimiento y su manejo, se establece una discusión constructiva sobre la indicación del mejor procedimiento auxiliar del diagnóstico y del mejor tratamiento, su disponibilidad, riesgos y el costo-beneficio, evaluando que qué pasará si se aplica o deja de aplicarse, en cuyo caso también deben discutirse las otras posibles alternativas en el manejo.

En el caso de que el paciente sea un cirujano y el tratamiento por realizar sea quirúrgico, no es conveniente asumir que el cirujano enfermo conoce u comprende el tratamiento propuesto, que lo que lo aceptará sin discusión. Se le debe explicar con detalle el diagnóstico, procedimientos auxiliares, los aspectos técnicos del tratamiento propuesto, su riesgo, posibilidades de complicaciones y secuelas, discutir con él todo lo referente al pos operatorio, las posibles complicaciones, el pronóstico a corto, mediano y largo plazo, así como tratar de resolver todas sus dudas. Todo lo anterior se debe dejar plasmado por escrito ante testigos, quienes al igual que el paciente y el médico tratante firman el documento. Con el consentimiento informado el cirujano como paciente acepta el tratamiento propuesto, se solidariza y corresponsabiliza con el equipo de salud, independientemente de cuáles sean los resultados.

Por el aumento de las demandas contra los médicos en algunas especialidades, como neurocirugía y cirugía reconstructiva, se han redactado documentos de consentimiento informado muy extensos y con demasiados detalles científicos y técnicos, con el afán de dar mayor protección al cirujano, aunque en realidad los pacientes no los leen ni los entienden, por lo que no reúnen los requisitos para ser llamados consentimiento informado. Siempre es conveniente que la información inicial sea verbal y directa, cara a cara, lo que facilita la comunicación y la empatía, antes que se firme el consentimiento informado, que debe ser lo más corto posible, claro y sin exceso de tecnicismos, aun en el caso de que el paciente sea un cirujano. Es necesario que se hable con el cirujano enfermo con estricto apego a la verdad, aun en los casos en los que el diagnóstico corresponde a una neoplasia avanzada y el pronóstico es malo, posiblemente fatal a corto o mediano plazo.

Evolución

No es raro que la evolución de la enfermedad del cirujano no sea la esperada, lo que muchas veces ocurre por falta de apego al tratamiento indicado, el paciente en base a sus conocimientos en el área de la medicina y la cirugía en particular, disminuye o modifica la dosis de los medicamentos prescritos, modifica el tiempo de duración del tratamiento o intercambia los fármacos prescritos. El cirujano operado con frecuencia se niega a seguir las indicaciones que el mismo maneja con sus enfermos, se resiste a la movilización y deambulación en el post operatorio, a realizar ejercicios respiratorios, las mismas interferencias existen en el manejo de la dieta, drenajes, estomas y en el cuidado de la herida.

El manejo pos operatorio del cirujano sometido a cirugías es difícil, por lo general es un paciente indisciplinado, no sigue las indicaciones al pie de la letra, como antes decíamos duda de todo y todo lo cuestiona, la conveniencia de ayuno o la ingesta de alimentos líquidos, blandos o sólidos, la movilización, el caminar, el manejo de la herida quirúrgica, los estomas y drenajes, por otra parte, aunque el umbral al dolor es variable, generalmente el cirujano como paciente tiene un umbral al dolor bajo, por lo que se requieren dosis más altas de analgésicos, AINES u opiáceos, los que con frecuencia es necesario combinar con sedantes y ansiolíticos, sobre todo cuando el dolor interfiere con el descanso y el sueño. Lo mismo puede decirse de la indicación y elección de antimicrobianos, cuya dosis y la duración del tratamiento modifica a su arbitrio.

Enfermedad profesional

Las actividades del cirujano predisponen para la aparición de muchas enfermedades, la tensión emocional por la responsabilidad de tener a su cargo la salud y la vida de pacientes que ha intervenido quirurgicamente, da lugar a trastornos psicológicos con periodos de angustia, depresión e insomnio, que en mayor o menor grado repercuten en su vida familiar, social y profesional, situación que en ocasiones trata de contra restar con la ingestión de bebidas alcohólicas, a lo que algunas veces agrega ansiolíticos y/o antidepresivos. El estrés continuo durante la cirugía y después de ella se relaciona con enfermedades psico somáticas como la hipertensión arterial, angina de pecho, úlcera péptica, colon irritable o CUCI, sin embargo, todas estos padecimientos no son reconocidos como enfermedades profesionales por las instituciones públicas de salud, empresas prestadoras de servicios médicos o compañías de seguros.

Es recomendable que el cirujano lleve a cabo medidas higiénico dietéticas para prevenir estas enfermedades, una dieta adecuada y ejercicio diario para prevenir la obesidad, el síndrome metabólico con hiperglicemia, hiperlipidemia hipertensión, isquemia e infarto del miocardio. Es deseable que el cirujano dedique tiempo a actividades lúdicas, sociales o deportivas, de preferencia en compañía de la familia, lo que además de mejorar su salud fortalece los lazos familiares, que a su vez lo ayudan para mantener la estabilidad emocional con una actitud positiva. Los cambios en la columna vertebral cervical por posiciones viciosas durante la cirugía, pueden ocasionar trastornos de la sensibilidad y motilidad de miembros superiores, que requieren incapacidad, fisioterapia y algunas veces cirugía, lo que al igual que los trastornos en columna dorso lumbar con dificultad son aceptados como enfermedades profesionales. Las instituciones de salud pública ponen muchos obstáculos para otorgar la pensión por incapacidad, mientras que las compañías de seguros hacen todo lo posible para no cubrir los gastos por hospitalización y atención médica. La bipedestación prolongada ocasiona insuficiencia venosa, varices superficiales y profundas, alteraciones articulares de cadera y con más frecuencia en rodillas, las que tienen los mismos problemas que los padecimientos de la columna vertebral para ser consideradas como enfermedad profesional. El evitar el sobrepeso, ejercicio controlado y ejercicios de rehabilitación son útiles para prevenir, o al menos retrasar estos trastornos.

Padecimientos de trasmisión parenteral como las hepatitis o SIDA, en determinadas circunstancias se pueden considerar como enfermedades profesionales. Es obligatoria la vacunación contra la hepatitis de los cirujanos, enfermeras y personal de salud que está

en contacto con la sangre o sus derivados, los protege contra la hepatitis. Es responsabilidad del cirujano vacunarse oportunamente, el no hacerlo exime de responsabilidad a las instituciones de salud o compañías de seguros. Cualquier punción accidental o corte durante la cirugía debe informarse a las autoridades hospitalarias, en ese momento se toman muestras de sangre para HIV, las que se repiten a los tres y seis meses, en forma simultánea se realizan pruebas de HIV al paciente operado, las que también se repiten a los tres y seis meses, de ser negativas se excluye como fuente de la infección. Se requiere la negatividad del HIV inmediatamente después del accidente, con positividad a los tres y seis meses, así como en la sangre del paciente, para establecer la correlación y argumentar que se trata de una enfermedad profesional.

Salarios y honorarios

En la carta de derechos del médico, además de contar con todos los recursos para otorgar una atención oportuna y adecuada, de ser tratado con respeto y tener acceso a la capacitación médica continua, se establece que debe recibir el pago oportuno y justo por los servicios médicos prestados. El contrato con las instituciones públicas o privadas estipula el sueldo, horas y condiciones de trabajo, que el cirujano acepta junto con otras prestaciones, como la incapacidad por enfermedad, la incapacidad o pensión por vejez o enfermedad profesional. El cirujano que se dedica a la práctica privada de su profesión, establece los honorarios por medio de un acuerdo con el enfermo, pero cuando el cirujano enferma se atiende en una institución de salud pública, o bien cubrir personalmente el costo de su atención médica, lo que puede hacerlo por medio de un seguro de gastos médicos.

En la práctica quirúrgica privada no existen aranceles uniformes por servicios profesionales médicos, por lo que cada cirujano los establece los honorarios de común acuerdo con su paciente. Cada vez con más frecuencia el pago de los servicios médicos se hace a través de terceros pagadores, como son las compañías prestadoras de servicios médicos y compañías de seguros, pero en la medicina gerencial totalmente despersonalizada, el paciente no elige a su médico tratante, el enfermo se convierte en un usuario y el médico en un prestador de servicios, los honorarios médicos los establecen los administradores de las compañías prestadoras de servicios o de seguros, los que son muy bajos, en contraste con los elevados costos de los servicios hospitalarios, con los que tienen convenios no del todo transparentes. Las compañías prestadoras de servicios o de seguros con frecuencia son propietarias o administradoras del hospital, por lo que no escatiman el pago de sus servicios.

Es una costumbre o regla tácita que el cirujano no cobre honorarios cuando opera a otro cirujano, lo que se extiende otros médicos y sus familiares, cuando dependen desde el punto de vista económico de él, esta situación ética de buena convivencia gremial facilita la atención quirúrgica del cirujano, que de cualquier manera debe cubrir los gastos hospitalarios, para lo que un buen seguro de gastos médicos ayuda a resolver el problema. Un cirujano que requiere atención médica y/o cirugía y no está protegido por un seguro de gastos médicos, tiene la opción de acudir a las instituciones públicas de salud, casi siempre opta por aquellas donde realizó su formación o especialización, afortunadamente su misma condición de médico y cirujano es un factor determinante para recibir atención médica oportuna, de calidad y con calidez. En estas circunstancias se hace patente la solidaridad

de otros médicos, al esmerarse en otorgar la mejor atención médica posible, apoyar a un compañero desde el punto de vista profesional, social y humano.

Tipo de cirugía

No es lo mismo que un cirujano sufra un padecimiento que requiere cirugía electiva, en cuyo caso puede planear el tiempo que dejará de trabajar, escoger el lugar donde será operado, el cirujano y el resto del equipo quirúrgico, realizar los trámites administrativos en una institución de salud pública, o la manera como sufragará los gastos en una institución privada, en contraste con la presentación súbita e inesperada de una enfermedad que requiere cirugía urgente, lo que repercute en su vida profesional, social y familiar, por la urgencia no siempre elige el hospital y equipo quirúrgico más adecuado, no tiene tiempo para establecer una buena relación con el cirujano al que tiene confianza, lo que es un factor importante en la reacción a la cirugía, apego al tratamiento y evolución pos operatoria.

La cirugía por un padecimiento que se controlará o eliminará a mediano o largo plazo, es aceptada por el cirujano con todas las molestias y morbilidad que conlleva, por sus conocimientos y experiencia profesional sabe cuáles serán los posibles resultados, la adaptación y reincorporación a su vida cotidiana será más rápida y sencilla. Es diferente cuando la intervención quirúrgica se realizó por un padecimiento maligno, por una neoplasia, un cáncer cuya historia natural conoce, al igual que la respuesta al tratamiento quirúrgico y terapia adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia, en este caso la repercusión psicológica, la aceptación y adaptación es más difícil y tarda más tiempo.

La información completa y fidedigna es importante, el cirujano enfermo tiene derecho a conocer la verdad, analizará, interpretará la información proporcionada y le dará la debida dimensión, para aceptar el tratamiento propuesto, a pesar de los efectos colaterales indeseables, o bien rechazarlo asumiendo con ello toda la responsabilidad. Esta fase en la que se comunica al cirujano el diagnóstico, se le propone el plan de tratamiento o se le informa acerca de los resultados de la cirugía, no es sencilla, sobre todo cuando se trata de una neoplasia que ha invadido órganos vecinos y ha producido metástasis, en su subconsciente el cirujano piensa que esto no puede ocurrirle a él, revisa libros, revistas e internet en busca de una solución que haya pasado desapercibida. El papel del médico tratante, del cirujano responsable es esencial, al escuchar, hablar, explicar y discutir con su colega enfermo los aspectos de su enfermedad que le interesan, el tratamiento y el pronóstico, la incertidumbre genera nuevas dudas y angustia.

Incapacidad del cirujano

Cualquier enfermedad o accidente puede dar lugar a secuelas que le impidan realizar la cirugía, durante su enfermedad las instituciones públicas de salud cubren su sueldo y justifican su ausencia laboral, con un documento denominado “incapacidad”, si las limitaciones para el trabajo persisten por un padecimiento o una enfermedad profesional, se gestiona ante la institución de salud correspondiente la incapacidad permanente, con una pensión o jubilación anticipada, Esta situación en la práctica privada origina muchos problemas, el cirujano debe sustituir los honorarios que deja de percibir, así como sufragar los gastos por su atención médica con sus propios recursos, utilizar sus ahorros o un seguro de gastos médicos. Es importante que el cirujano reflexione y haga una evaluación honesta de su capacidad para seguir operando, la que puede verse mermada

por diversas enfermedades, a lo que también contribuye la edad avanzada con disminución de la agudeza visual, de la destreza, la resistencia al cansancio y muchas veces un juicio acertado.

La medicina es la profesión en la que es más frecuente el uso de drogas, ansiolíticos, antidepresivos u opiáceos, lo que se explica por el fácil acceso a ellas, el que es mayor en algunas especialidades como la anestesiología, traumatología, cirugía y la terapia intensiva, entre otras, se utilizan para combatir el cansancio, dolor muscular o articular posterior a jornadas de trabajo prolongadas, o alteraciones degenerativas óseas y/o articulares secundarias a su actividad profesional. No se sabe con certeza cuál es la frecuencia del uso de drogas de los cirujanos de México, existen informes de una prevalencia en los Estados Unidos de 10 a 12% anual. Lo que habla de la importancia del problema. La ingesta de bebidas alcohólicas fuera del sitio de trabajo también es frecuente, la adicción al alcohol constituye un verdadero problema que interfiere con el rendimiento laboral, pone en peligro la estabilidad económica y familiar del cirujano, más grave es cuando este se presenta al Hospital y aun al quirófano con aliento alcohólico, o en franco estado de ebriedad que altera todas sus funciones y pone en peligro la seguridad del enfermo.

Con el paso del tiempo ocurre el inexorable deterioro físico y funcional, al percatarse de ello el cirujano puede tener alteraciones emocionales, la preocupación por su futuro le produce ansiedad o depresión, que habitualmente combate por medio de la automedicación. Es indispensable que el cirujano acepte con honestidad el deterioro en diferentes esferas: agudeza visual, sustentación en bipedestación, resistencia a la fatiga, disminución de la coordinación y habilidad quirúrgica, que es un aviso para retirarse de la cirugía, dejando el lugar a las nuevas generaciones más capacitados en algunos procedimientos como la cirugía endoscópica. El cirujano puede dejar de operar pero continuar con actividades clínicas en el hospital o consulta externa, continuar asistiendo y participando en sesiones académicas y culturales. No hay un tiempo determinado para el retiro de la cirugía, más que la edad temporal debe tomarse en cuenta la edad biológica, el estado de salud y preservación órgano funcional.

El retiro y la jubilación es un aspecto que los cirujanos soslayan, debe seguir cuidando de su salud con buenos hábitos higiénico dietéticos, planear con la debida antelación la estabilidad tanto desde el punto de vista económico, como social y familiar, la jubilación de una institución pública y los planes de retiro bancarios o de las compañías de seguros son una buena alternativa, aunque es necesaria una buena asesoría para garantizar que estas cumplan con lo prometido.

Con la jubilación y el retiro puede surgir la conveniencia de cambio de residencia a otra ciudad, cambio de domicilio a una casa más pequeña y en algunos casos a una institución para la tercera edad. Es importante que el cirujano que se retira no esté inactivo, como antes decíamos puede continuar con su consulta clínica, eventos sociales, académicos y culturales, practicar un deporte apropiado a su edad, pintar, aprender a tocar un instrumento musical o escribir, ya no sólo de medicina sino también acerca de todas las vivencias y experiencias que ha tenido a lo largo de su fructífera vida. El cirujano retirado y/o jubilado puede tener unas buena calidad de vida, su experiencia y consejo siempre será útil para las nuevas generaciones, en beneficio de los enfermos.

Colofón

El cirujano como paciente al igual que otros enfermos tiene dolor y sufre, como ser humano tiene sentimientos, necesita comprensión y apoyo, ante la aparición de una enfermedad el conocimiento en el ámbito de la medicina influye en su reacción, menospreciando los síntomas o exacerbando su importancia, a pesar de su experiencia profesional requiere la participación de otros médicos, de un colega en el que pueda depositar su confianza para valorar en su justo medio lo que le pasa. Sus conocimientos y su experiencia profesional con frecuencia influyen en la toma de decisiones, cuestiona el diagnóstico y el tratamiento propuesto, por lo que el médico o el cirujano que atiende a otro cirujano debe tener paciencia, empatía, honestidad y solidaridad para escucharlo, para discutir con él las mejores alternativas de solución.

Como todo médico es difícil que el cirujano acepte el papel de paciente y siga al pie de la letra todas las indicaciones del médico tratante, generalmente es un enfermo difícil que no tiene apego a las prescripciones, por lo que es necesario que se establezca una buena relación con el equipo de salud, que exista comunicación con el médico tratante, empatía y confianza para aceptar y seguir todas sus indicaciones. Cuando el cirujano requiere una intervención quirúrgica, reflexiona sobre todo aquello que le puede suceder, se adelanta a los acontecimientos y se angustia ante la posibilidad de complicaciones, la comunicación con el cirujano tratante, la comprensión de lo que está sufriendo el colega enfermo, mucho ayuda para que se establezca un plan de manejo con responsabilidad compartida, con el cual los resultados serán mejores con mayor satisfacción por la atención recibida.

Es aconsejable que el cirujano trate de preservar su salud con buenos hábitos alimenticios, ejercicio y actividades lúdicas que lo ayuden a mantener su estabilidad emocional, por otra parte, para evitar la angustia por los gastos que se suscitan por una enfermedad imprevista, es conveniente que tenga en orden la documentación de las instituciones públicas de salud, a las que tiene derecho para recibir atención médica, o cuente con un seguro de gastos médicos, cuya prima se reduce cuando se contrata un seguro de grupo.

Es importante detectar oportunamente la adicción del cirujano al alcohol o drogas, para ayudarlo con la debida discreción y profesionalidad, para que así pueda reincorporarse a sus actividades laborales, a la sociedad y la familia. El retiro de la cirugía indudablemente tiene impacto en la vida del cirujano, quien puede continuar con actividades clínicas, académicas y culturales dentro o fuera de la institución donde trabaja, debe planear la jubilación para garantizar su estabilidad económica y planear su vida social y familiar, planear el uso de su tiempo libre con la lectura, actividades deportivas, artísticas o literarias. Hacer lo que siempre quiso hacer y no pudo llevarlo a cabo por falta de tiempo, por su dedicación al ejercicio de su profesión.

El cirujano como paciente es un ser humano con incertidumbres, a pesar de sus conocimientos y experiencia profesional, debe ser tratado como todos los enfermos, con apego a la *Lex Artis* siguiendo todas las reglas científicas, técnicas y éticas, pero sobre todo con la empatía, compasión y solidaridad que se requiere en estos momentos difíciles de la vida. El cirujano enfermo no es un ser humano insensible, aunque a veces lo parezca, le afecta la enfermedad y sufrimiento de sus pacientes, de la misma manera como le afecta su propia enfermedad. dolor y sufrimiento, muchas veces no lo expresa y guarda para si todos los pensamientos, reflexiones e ideas acerca de su en-

fermedad. El cirujano como paciente es un ser sensible que "Siente el pensamiento y piensa el sentimiento".

Referencias

1. Binetti P. *Ética de la relación médico paciente en psiquiatría*. Medicina y Ética, 2000;3:285.
2. Campos CA. *Modelos de dispraxis en la prevención de riesgos quirúrgicos*. En: Cano-Valle F. y Cols. Dispraxis. Ed. UNAM, México, 2012:115.
3. AMCG,CPECG. *Código de Ética de la Asociación Mexicana de Cirugía General*. Ed. El Manual Moderno, México, 2002.
4. Damasio A. *Fundamental Feelings*. Nature. 2003;413.:781
5. Domínguez-Chávez O. *Ética y calidad de la atención médica*. En: Serrano MT, Jiménez HBL. Bioética. Ed. UNAM, México, 2007:83.
6. Engelghardt UD. *Los cambios en la relación médico paciente, Ayer, hoy y mañana*. Medicina y Ética. 2001:11:43.
7. Gutiérrez-Samperio C. *El paciente quirúrgico en estado crítico*. Avances en el proceso diagnóstico terapéutico. Gac Med Mex, 2000;136:49.
8. Gutiérrez-Samperio C. *El tigre dormido*. En: Narrativa Médica en l50 años de la Academia Nacional de Medicina. Vol 2, Ed. ANM, CONACYT, México, 2014:57.
9. Gutiérrez-Samperio C. *Bioética y Cirugía*. En Kuty-Porter J, Villalobos PJJ, Martínez GO, Tarasco MM. Introducción a la bioética. 4a Ed. Méndez Editores, México, 2015:193.
10. Jinich H. *El paciente y su médico*. En UNAM, México, 1997.
11. Krouse SR, Jonasson D, Milch AR, Dune PG. An Evolving Strategy for Surgical Care. J Am Coll Surg. 2004;198:149.
12. Lifshitz GA. *Historia evolutiva de la relación médico paciente*. En: Altamirano BMM y cols. Ética clínica. Una perspectiva transfusional. Ed Coutier, México. 2006:227.
13. Masia-Clavel JM. *Tertulias de bioética. Manejar la vida y cuidar personas*. Ed. Sal Terrea, Santander, 2005
14. Mc Grath HM, Risucci AD, Schwab A. *Ethical Issues in Clinical Surgery. For Residents.* Ed. *American Collegue of Surgeons.* Chicago. ILL, 2007.
15. Quijano NM. Editorial. *El futuro de la cirugía*. Gac Med Mex. 2000;136:89.
16. SudanR, Seymour K. *The Impaired Surgeon*. Sur Clin N Am. 2016;96:89.
17. Tarasco MM. *Diversas posturas filosóficas que influyen en el razonamiento bioético*. En: Kuthy-Porter J, Villalobos PJJ, Martínez GO, Tarasco MM. Introducción a la bioética. 4a Ed. Méndez Editores, México, 2015:25.

CAPÍTULO
46

EL CIRUJANO GENERAL Y EL RETIRO

Dr. José Fenig Rodríguez

El camino formal de la especialidad de cirugía general se empieza cuando mentalmente se ha decidido recorrerlo dentro de un hospital, tal vez la idea, que había nacido en la facultad de medicina, se fortalece en el internado de postgrado, cuando la realidad empieza a imponer su verdad y el joven estudiante a aceptarla. Esto sucede alrededor de los 25 años de edad, después de seis años en la facultad de medicina se da cuenta que se ha convertido en un licenciado en medicina, que representa solo la primera parte del largo trecho a seguir. Le esperan también muchos exámenes, más estudio, la adquisición de nuevas habilidades, grandes cantidades de estrés, de sacrificios personales y familiares a los que se enfrentará durante los siguientes 35 o 40 años de su vida. Su cerebro, corazón y manos estarán muy ocupadas; hasta llegar al final del camino, al llamado retiro, jubilación o pensión, o en el mejor de los casos a un simple cambio de actividad, a una más tranquila y con menos estrés, en la que espera seguir utilizando su larga y rica experiencia y alguna o todas sus virtudes, como el constante estudio, temperamento, inteligencia, audacia, criterio y sobre todo su bondad y compasión por sus semejantes[1]. El gran problema es el darse cuenta cuándo es conveniente hacerlo, en qué momento ya ha cruzado la meta de la carrera cuándo el acelerado desarrollo cognoscitivo y tecnológico lo han rezagado, cuando la sociedad ha cambiado usos, costumbres, necesidades, gustos y ahora se enfrenta a padecimientos que ya no requieren del cirujano o han desaparecido y las indicaciones para cirugía también se han transformado[2]. En el momento que es consciente de lo anterior, es el momento de quitarse los guantes. William Osler dijo: “La vida del médico o del profesor tienen 3 etapas. Estudiar hasta los 21 años. Investigar hasta los 40. Practicar la profesión hasta los 60; y a esta edad retirarse con un salario doble.

Cabe recordar que la denominación de las etapas de la vida, al referirse al viejo, son variables, discutidas y en constante cambio. Se dice que la tercera edad es de los 60 a los 80 años. La cuarta edad comprende de los 80 a los 90 años. Y de los 90 años en adelante es la de la longevidad que dura hasta la muerte, pero seguramente en el futuro nuevos adjetivos aparecerán.

Los cambios fisiológicos[3] que progresivamente se suceden en el organismo humano hacen que la vida forzosamente se divida en varias etapas, la primera de evolución

ascendente, después de alcanzar la cima más alta posible sigue la de evolución descendente, cada una de estas etapas tiene características propias que requieren conocimientos y habilidades específicas necesarias para realizar tareas de diversa complejidad, que mucho, dependen de la integridad de las diversas funciones fisiológicas para realizar cada trabajo en particular, llega el momento en que el deterioro progresivo, esperado e inevitable va poniendo fin a cualquier etapa. A mayor edad, mayor posibilidad de ir presentando problemas para ver, oír, movilizarse, realizar movimientos finos, retener lo recién leído, empezar a tener en cirugía complicaciones y malos resultados, a perder el interés y el sentido de satisfacción en lo que hace, a ya no tolerar cualquier situación estresante, a perder agilidad mental y física, a usar el lenguaje con dificultad o ya se hizo presente alguna de las llamadas enfermedad crónico degenerativas, que limiten aún más el correcto y seguro desempeño de cualquier oficio o profesión. Llega entonces el momento de parar y saber que hasta aquí se llegó, no más; han llegado los avisos del retiro, de un cambio de vida. La cirugía es una profesión que para ser bien ejecutada impone enormes demandas físicas y mentales, ambas se ejecutan bajo un enorme estrés constante que a la larga conduce a estados de depresión, angustia, alteraciones del sueño, de la personalidad, al síndrome del agotamiento crónico o a la adquisición de alguna adicción[4,5,6]. Lo indeseable es retirarse involuntariamente cuando la presencia franca de alteraciones fisiopatológicas es notada fácilmente por colegas y por pacientes. El planear el retiro, tomando en cuenta todos los factores para cerrar una etapa y abrir otra que permita seguir desempeñando actividades productivas, hechas con alegría y con orgullo y con la permanente satisfacción de lo que se hizo y se logró, pero además con entusiasmo suficiente para lo que se ha planeado hacer y disfrutar en la nueva etapa de vida que nos resta, es la manera ideal de superar la tristeza de haber dejado la profesión en la que se era reconocido y respetado por todos. En la nueva vida hay que usar y gozar al máximo lo que resta de buena fisiología, sobre todo la neurológica, aunque la física ya tenga limitaciones, Si se mantienen la memoria, la inteligencia y una buena capacidad de comunicación, entonces hay maneras de continuar productivo y tener el suficiente espacio para continuar el deleite simultáneo de las múltiples relaciones humanas hechas a través de los años, tanto en las áreas familiar, social como profesional. Desde luego el haber puesto suficiente atención al aspecto financiero personal y familiar, es esencial para tener un buen retiro. Muy triste es "pasar la charola" a estas alturas de la existencia humana.

Diferentes actividades necesitan de la participación del "cirujano viejo", como la educativa, en la que la experiencia, el ver la vida retrospectivamente, los recuerdos útiles las múltiples anécdotas vividas deleitan y alientan al educando. El pasado también importa y es necesario para experimentar y comprender el presente y el futuro. Estimular a la juventud es una obligación y un placer del viejo. Lo mismo que dejar por escrito todo lo que se pueda, nada debe perderse ni nada brinda tanta emoción y satisfacción como el poder hacerlo con calma y con experiencia[7,8].

Los llamados *hobbies*, cultivados desde la adolescencia y juventud, se deben seguir practicándose, en la medida de lo posible. Al igual que toda actividad pasiva como la lectura, el cine, el teatro, la música, o cualquier manifestación artística o cultural. Hay que entrarle a todo, ahora, no hay mañana.

Existen varias formas o tipos de retiro. El científico, es mediante la utilización de múltiples estudios realizados con métodos de laboratorio

y gabinete para medir el estado y desempeño de cualquier función fisiológica, aplicándolos periódicamente, al paso del tiempo, para compararlos con los parámetros deseables, que previamente fijaron los límites para recomendar el momento del retiro y para ya no permitir el desempeño de nuevas tareas, que requieren tiempo para ser dominadas y obtener experiencia suficiente, porque implican en colocarse al inicio de constantes curvas de aprendizaje que diariamente aparecen por la gran cantidad de nuevas tecnologías que tratan nuevas patologías, no existentes o no diagnosticadas en el pasado. Los cambios constantes y rápidos son la moda actual[9].

El retiro legal es aquel en que la sociedad, las autoridades civiles laborales y gubernamentales, han establecido con reglamentos, distintos para cada profesión u oficio y según la ideología y las necesidades de cada país, para dictaminar legalmente el momento de retiro. Los factores de éste, en la rama médica son la edad y los años trabajados en la misma institución. La edad es alrededor de los 65 años y la del tiempo laborado alrededor de o después de los 28 años para los hombres y un poco menos para las mujeres[10]. En Inglaterra, a los 65 años retiran a los cirujanos institucionales y a los que trabajan bajo contratos específicos en algún ramo de la salud a los 70 años deben retirarse si aún ejercen la práctica privada. Los pilotos de aviones comerciales son retirados a los 60 años. En 1984 la edad promedio de retiro de los cirujanos de Estados Unidos fue de 60.5 años, en 1995 subió a los 63 años[11]. En España, hace poco, se instituyó la ley de retiro del médico a los 65 años, lo que provocó un gran escándalo en toda la rama médica, muchos cirujanos, aun capaces, lo tuvieron que cumplir y dejar vacantes sus importantes puestos[12].

En nuestro país, las leyes gubernamentales son benignas con la jubilación o con la pensión, lo que crea convenientes e inconvenientes. Si el cirujano se formó y laboró en la misma institución, cuando cumple alrededor de tanto solo 53 años, ya es jubilable con su sueldo íntegro, lo que es conveniente para algunos, ya que hay la posibilidad de continuar laborando en otra institución o en forma particular por al menos 15 años más, pero con la ventaja de percibir un ingreso económico permanente y seguro por el resto de la vida. El inconveniente de abandonar la institución que lo formó y lo encumbró para convertirse en un buen profesional, no es fácil de aceptar. Por el lado de la institución, el perder a un cirujano en el mejor momento de su carrera y devengar un nuevo sueldo al que cubrirá la plaza vacante, no es nada favorable. Perder personal capaz a esa edad y volver a empezar con cirujanos nuevos, es rebajar la calidad de la atención en forma permanente, a regresar frecuentemente al primer escalón de ascenso. Significa cuando mucho la convivencia en un servicio quirúrgico, en determinado momento, de solo 2 generaciones. Es promover el desperdicio continuo de la fuerza humana más capacitada y experimentada con consecuencias negativas en la atención del enfermo y en la enseñanza de las nuevas generaciones. La coexistencia de 4 o 5 generaciones de cirujanos en un mismo servicio quirúrgico crea un ambiente de respeto, de calidad, de entusiasmo, de buenos ejemplos; el convivir con profesionales exitosos obliga a aprender diariamente de ellos, de su experiencia, de su pasado y el tener a la mano tutores permanentes que constantemente orientan y aconsejan. En los últimos días las autoridades se han dado cuenta del error, ahora están promoviendo la oferta de prolongar por otros 5 años la jubilación con un aumento de la percepción económica. Ya han desperdiciado demasiado. Han tenido en sus manos la capacidad, sin darse cuenta, que pudieron haber logrado muchísimo más.

Si se ha decidido por la jubilación temprana que ofrecen las leyes laborales, no cambia el seguir ejerciendo la cirugía, en otra institución, en otro medio o únicamente en el consultorio particular. El retiro será solo parcial. Aunque el empezar nuevas tareas no es fácil ni se tiene garantizado el éxito, lo más probable es que hay que enfrentar y vencer nuevos problemas. Cualquier nuevo desempeño generará permanentes dificultades que requieren igualmente nuevas soluciones.

El retiro voluntario es quizá el más difícil de decidir[13]. Es uno de los momentos más dolorosos y más tristes en la vida del cirujano. Pero hay que saber que la cirugía tiene límites, quizás más prematuros que en otras ramas médicas, porque la permanencia de las habilidades físicas y mentales es limitada. Paulatinamente se debe pensar en ello para progresivamente capacitarse sin prisa y con tiempo para tener listas las respuestas a varias nuevas preguntas, tales como: ¿vale la pena seguir operando y estresándose?, ¿estoy preparado para retirarme?, ¿qué puedo hacer después de mi retiro?, ¿qué debo hacer?, ¿cómo lo haré?, ¿cuál será mi ingreso económico?, ¿me aburriré?, ¿me deprimiré?, ¿dejaré de ser quien he sido?, ¿me seguirán respetando?, ¿me gustará mi nueva vida?, o ¿debo morirme en la raya?; lo más probable es que aparezcan muchas más preguntas para ser contestadas de acuerdo a las circunstancias particulares de cada quien. Pero siempre es recomendable hacerlo con la cabeza en alto, con orgullo y satisfacción de lo logrado en la etapa pasada, en el campo quirúrgico, familiar, social y también en el económico.

Varias publicaciones documentan que el cirujano retirado está contento en sus variadas nuevas actividades no médicas, incluso más felices que sus colegas que aún permanecen en trabajos relacionados con la medicina aunque no sean quirúrgicos.

El retiro involuntario es triste, pero necesario. Obedece casi siempre a múltiples circunstancias ajenas al cirujano, no planeadas ni deseadas, como a la adquisición de algún padecimiento, al sufrimiento de accidentes con secuelas limitantes de diversas acciones físicas, a la adicción a drogas o al alcohol, o desgraciadamente al retiro de la autorización para el ejercicio de la profesión por encontrarse involucrado en algún aspecto médico legal. El retiro es inminente aunque no sea voluntario. En algunos casos se logra la reincorporación siguiendo los lineamientos de actualización de conocimientos y de destrezas requeridas para una nueva y correcta práctica de la cirugía.

El retiro ético se puede dar cuando por razones personales se decide el cambio prematuro de profesión por diversas situaciones morales, económicas, sociales, culturales, de tipo de vida, por insatisfacción personal con la cirugía o por alguna otra causa se toma la decisión del cambio de profesión, con el pensamiento y con la firme convicción de que con la nueva actividad, la vida personal mejorará desde el punto de vista espiritual y afectivo y tal vez también económico.

Solo resta mencionar que la siguiente etapa de la vida consiste en crear o continuar proyectos, gustos, placeres, *hobbies*, aficiones, aprendizaje de nuevas cosas, gozar a la familia, a los viejos amigos, buscar nuevas amistades, disfrutar la lectura, la escritura, la música las artes. Hay que saber que las nuevas ofertas son ilimitadas, solo hay que buscarlas, allí están, nos están esperando. Hay que darle sentido a la nueva vida.

Según Jonasson[14], la edad promedio que vive un cirujano general es entre 77 y 80 años. El saberlo, obliga a tener la meta final en la mente, a entrever cuánto tiempo falta para

cruzar la meta final, cerrando lo más fuerte posible sin guardar el mínimo aliento. Hay suficiente tiempo para prepararse y hacerlo bien. La cirugía se ejerce por un lapso aproximado de 50 años, tiempo más que suficiente para estar listo.

Como la vida no es estática, es conveniente conocer, para prevenir a las generaciones futuras considerar la opinión del Peter Schwartz[15], quien en su libro, *Sorpresas Inevitables* vierte conceptos muy interesantes acerca de los que con mucha posibilidad sucederá en los próximos 25 años. Comenta que el promedio esperado de años de vida aumentará de 5 al 10% más que la generación anterior y cree que en 30 años la posibilidad de alcanzar a vivir hasta 120 años es muy probable. La población de la tercera edad alcanzara mejores niveles de salud y de bienestar debido a los avances médicos y tecnológicos. Ello tendrá mucha influencia en cambiar la edad del retiro, tanto los trabajadores como los patrones elevarán el límite de edad de jubilación alrededor de 20 a 30 años. Por lo tanto habrá profundos cambios sociales, económicos, culturales al diluirse la idea del retiro temprano. Además, las tasas de mortalidad y de natalidad están disminuyendo, habrá más viejos y menos jóvenes, junto con el deseo más frecuente de la mujer en cuanto a tener menos hijos y a edades más avanzadas que las actuales. Entonces se tendrá que recurrir a gente mayor, ya capacitada y con experiencia que requiere menos entrenamiento. Nuevos tipos de negocios y de empleos aparecerán. Las más nuevas generaciones heredarán más bienes económicos de sus antecesores para contribuir a mejoras de la economía y del sistema de vida en general. Después de tener en mente lo que nos espera, y sabiendo que los cambios son inevitables, lo recomendado es considerar estas ideas para planear con nuevos datos las futuras necesidades sociales y entrever en donde se puede interactuar con comodidad sin desperdiciar lo ya conocido y dominado, para así mantenerse útil y contento.

Como conclusión, del presente capítulo, diré que el mejor retiro es: el retiro a tiempo. Consejo que se podría ejemplificar con lo sucedido al mejor cirujano de la historia de la cirugía general española, el Dr. Enrique Moreno González, quién en 2010, a sus 71 años de edad, operó sin éxito, de un cáncer esofágico, al famoso cantante de flamenco Enrique Morente, con permiso especial de las autoridades sanitarias españolas, ya que la ley española impone el retiro de los médicos a los 65 años de edad. La familia del cantante empañó la carrera del gran cirujano demandándolo por mala práctica, que el autor español Nacho Cardero resume en un artículo diciendo: "Enrique Moreno, el cirujano al que llaman Dios y quieren crucificar para Nochebuena".

Referencias.

1. Muñoz-Kapellman R. *El retiro del cirujano*. En: Principia Quirúrgica. Calderón Abbo M. (Ed). México: Porrua 1993, p. 190-5.
2. Grube B. *Preparing for Retirement*. En: *Navigating your Surgical Carreer*. *The AWS Guide to Success*. (Ed) Medtronic. 2015; p. 273-289.

3. Draper B. Windfield S. y Luscombe G. *The older psyquiatrist and retirement*. Int J Psychiatry. 1997; 12:233-9.
4. Domínguez R. *Cambios cognitivos y retiro de los cirujanos*. Rev Chilena Cir Chilena Cir. 2009; 61:199-202.
5. Freischlag J A, Heller J A. *Burnout*. En: Navigating Your Surgical Carreer. The AWS Guide to Success. (Ed) Medtronic. 2015, p. 239-48. Gaceta Med Mex. 2011; 147:256-61.
6. Campillo-Serrano C., Sotelo-Monroy G. y Dayran-Trejo Márquez H. *Aspectos psicológicos y emocionales del retiro médico*. Una primera aproximación
7. Schenarts P. y Cemaj S. *The Aging Surgeon. Implications for the Workforce, the Surgeon and the Patient*. SCNA. 2016; 129-138.
8. Blasier R B. *The Problem of the Aging Surgeon. When Surgeon Age Becomes a Surgical Risk*. Clin Orth Relat Res. 2009; 467:402-11.
9. Fernández del Castillo-Sánchez C. *El cirujano ante el retiro*. Cir Cir. 2012; 80-402.
10. Wolpert-Barraza E. *El retiro clínico quirúrgico del médico en México*. Gaceta Med Mex. 2011; 147:262-65.
11. Walker E, Poley, Ricketts T. *The Aging Surgeon Population*. Chapell Hill (NC) ACS Reserch Institute; 2010
12. Sierra R. *Sociedad española del dolor*. es/articuloopinion.php?id. Fecha de consulta: Consulta: 31/mayo/ 2016.
13. Geenfield LS, Proctor MC. *Attitudes Toward Retirement. A Survey of the American Surgical Association*. Ann Surg. 1994; 220:382-90.
14. Jonnason O, Kwakwa F. *Retirement Age and the Workforce in General Surgery*. Ann Surg. 1996; 224:574-82.
15. Schwartz P. *Inevitable Surprises.* Ed. Penguin, N.Y., 2015.

CAPÍTULO
47

El CIRUJANO GENERAL Y LA MUERTE

Dr. César Gutiérrez Samperio

El cirujano durante su vida profesional tiene contacto continuo con pacientes cuya enfermedad tiene una buena evolución, con recuperación de la salud, rehabilitación y reincorporación a su núcleo familiar, laboral y social, o por lo contrario, tener una evolución desfavorable con complicaciones, secuelas y en algunos casos la muerte. La visión que tiene el médico, y en particular el cirujano de la muerte como el fin del ciclo vital de todo ser viviente, generalmente difiere de la que tienen el enfermo, su familia y otros integrantes de la sociedad. Se piensa que el contacto frecuente con la enfermedad, el dolor y la muerte hace al cirujano insensible, lo que es un error, la muerte de sus pacientes indudablemente lo afecta en mayor o menor grado, de acuerdo con el tipo de padecimiento que sufra, la edad del enfermo y la relación que se haya establecido con él durante el proceso de diagnóstico y tratamiento.

La muerte como disolución de la unidad organizacional de un individuo, como resultado del envejecimiento y el deterioro progresivo orgánico y funcional, como resultado del daño producido por enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural termina con la extinción de la vida a corto, mediano o largo plazo, en realidad es un proceso de duración variable, que en los últimos años se ha modificado por los avances científicos y tecnológicos, que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir. Los profesionistas del área de la salud entre los que se encuentra el cirujano, con un pensamiento biologista consideran a la muerte como parte de la vida misma, como un evento natural, normal y cotidiano, con una interpretación solamente científica y técnica, que de ninguna manera excluye la repercusión emocional y psíquica que tiene sobre los enfermos, la familia, la sociedad y el mismo cirujano.

El concepto y definición de la muerte varía de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante en cada pueblo y en cada época, la creencia de la vida después de la muerte, con la esperanza de vida cuando la estancia terrenal haya terminado, de lo que han quedado como testimonio los sarcófagos, tumbas y pirámides egipcias, con un significado similar a los entierros y pirámides de algunas culturas americanas precolombinas, como se puede observar en las ruinas de Montealbán en Oaxaca y Palenque en Chiapas. En México la manera como se ve a la muerte es de lo más variable, en algunos grupos indígenas,

población rural y población urbana marginada existe un verdadero culto a los muertos, en el que se mezcla lo religioso y lo profano, los altares y ofrendas los días de muertos son un ejemplo de ello. En ocasiones se da un sentido festivo y de burla hacia la muerte, lo que en el fondo trata de ocultar la incertidumbre, angustia y miedo ante su amenaza o presencia[1,2,3].

En las siguientes líneas tratamos algunos aspectos relacionados con el fin de la vida, como son: la reacción ante la proximidad o presencia de la muerte, el empecinamiento terapéutico, la eutanasia activa y pasiva, el suicidio asistido y la ortotanasia, en íntima relación con la medicina paliativa, en los trasplantes de muerte.

Reacción ante la muerte

Es importante que el médico y el cirujano conozcan y comprendan la manera como se ve e interpreta a la muerte, como un acontecimiento general o como un acontecimiento que afecta a una persona en particular, es necesario que el cirujano esté preparado ante las reacciones del enfermo o sus familiares, cuando se enteran de la posibilidad, cercanía o inminencia de la muerte. Las reacciones y actitudes en estas circunstancias las describió Elizabeth Kluber Ross[4], quien señala las reacciones psicológicas y las fases por las que pasan los enfermos, cuando saben que son portadores de una enfermedad grave, con un estado de deterioro físico y funcional que amenaza su vida.

Generalmente, la reacción inicial es de negación e incredulidad, a la que puede seguir una fase de ira, agresividad y rabia. Con el paso del tiempo y apoyo de familiares, amigos y médicos llega una fase de transacción y regateo, durante la que comienza la aceptación de su situación, puede caer en una fase de depresión durante la que requiere mayor ayuda y apoyo, en algunos pacientes afortunadamente al final ocurre un periodo de resignación y alivio, que puede terminar en una fase de aceptación y esperanza, en aquellos enfermos con fe religiosa. Los enfermos no siempre pasan por todas las fases, ni se presentan en el orden antes enumerado, o pasan indistintamente de una a otra por agravamiento o circunstancias inherentes a su propia enfermedad, situaciones sociales, problemas económicos o familiares, también influye la edad y condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, así como el dolor y sufrimiento que está ocasionando la enfermedad[5].

La aflicción y duelo del enfermo[5] y personas que lo rodean mucho depende de la información que se tenga, de la comunicación entre el médico, enfermeras, personal de apoyo, el paciente y sus familiares, mucho influye la información que el médico y el cirujano hayan proporcionado acerca del diagnóstico, tratamiento y el pronóstico, es muy importante la comunicación y el diálogo del cirujano responsable del enfermo, tanto en aquellos casos en los que se espera la curación, como en aquellos enfermos terminales en los que no existe ninguna esperanza, el hombre no se destruye por sufrir, se destruye por sufrir sin ningún sentido. La intervención de familiares, amigos y ministros religiosos puede ser útil, permite expresar sentimientos reprimidos, encontrar respuesta a interrogantes, compartir reacciones de dolor o alegría, la espiritualidad se manifiesta sea cual sea la religión del paciente, aun en ateos o agnósticos en quienes lo religioso se refiere a la expresión natural de la espiritualidad de todo ser humano[6].

La reacción y actitud del cirujano cuando es él quien sufre una enfermedad que pone en peligro su vida es variable, algunos con base en sus conocimientos y experiencia aceptan o rechazan el tratamiento propuesto, establecen un

diálogo con los integrantes del equipo de salud sobre aspectos científicos y técnicos de la enfermedad, pero sobre todo sobre el pronóstico, a pesar de sus conocimientos y experiencia les interesa conocer la opinión de otros médicos, saber cuál será la evolución de su padecimiento, qué puede esperar para el futuro cercano o lejano. Mucho influye la confianza que tenga en el médico responsable de su tratamiento, la institución de salud en la que está hospitalizado y el trato que recibe de los integrantes del equipo de salud. La comunicación y apoyo de otros colegas, familiares y amigos es muy importante, el hablar sobre su situación, el ser escuchado y oír palabras de aliento puede evitar los repetidos periodos de introspección, análisis y reflexión sobre su enfermedad, las interminables noches sin dejar de pensar en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se están realizando, y sobre todo en los resultados esperados o deseados.

Encarnizamiento terapéutico

Aunque uno de los objetivos del médico y el cirujano es curar, o cuando menos mejorar las condiciones del enfermo, aliviando su sufrimiento, debe reconocer aquellos casos en los que lo avanzado de la enfermedad, el deterioro orgánico y funcional indican que la respuesta a las medidas terapéuticas es mínima o nula. La insistencia en aplicar todo lo que la ciencia y la tecnología pone a nuestra disposición, en enfermos que por su gravedad y los índices pronósticos se consideran irrecuperables, se le ha denominado encarnizamiento terapéutico, término peyorativo que tiene un componente de ensañamiento o crueldad, por lo que se prefiere la denominación de obstinación terapéutica o distanasia.[7,8]

El cirujano, como médico responsable o como miembro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)[9,10,11,12], con frecuencia se encuentra en el dilema de seguir aplicando todas las medidas de sostén, las medidas extraordinarias como respiración asistida, procedimientos dialíticos, uso de drogas vasoactivas, antibióticos o una nueva intervención quirúrgica, cuyo beneficio real discute con otros cirujanos o los médicos adscritos a la UCI, o por lo contrario suspender todas las medidas fútiles extraordinarias o desproporcionadas, de las que no se espera ningún beneficio y que inclusive pueden ser molestas, peligrosas o perjudiciales. En estos enfermos para evitar caer en el empecinamiento terapéutico, sólo se continua con las medidas ordinarias o proporcionadas, como son: la movilización, aseo, hidratación, cuidado de las heridas y estomas, el acompañamiento escuchando al enfermo cuando está consciente, así como la administración de medicamentos como analgésicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos, los que son de gran ayuda para evitar el sufrimiento del paciente[16,17].

Eutanasia

Es un término poco afortunado que lleva la idea de "buena muerte" que en realidad quiere decir muerte sin dolor y sufrimiento. Debemos diferenciar la eutanasia pasiva y la eutanasia activa, en la primera se deja de hacer, al suprimir todas las medidas extraordinarias en pacientes terminales irrecuperables, por lo que se está evitando el encarnizamiento terapéutico, por lo que también se le conoce como "adistanasia" en la eutanasia pasiva sólo se continúa con la aplicación de las medidas ordinarias, mientras que en la eutanasia activa se aplica un procedimiento o droga que termina con la vida del paciente, como es una dosis letal de barbitúricos, sedantes del sistema nervioso central y cloruro de potasio que suprimen la función cardiovascular y del sistema nervioso central.[13, 14, 15]

No es lo mismo que el cirujano acepte que el tratamiento que se ha usado, incluyendo una o más intervenciones quirúrgicas, no ha tenido los resultados esperados, que su aplicación ya no beneficia al enfermo, por lo que es conveniente retirarlo, que se retiren las medidas fútiles y el paciente muera a consecuencia de la propia enfermedad, a que el cirujano acepte, indique o aplique un procedimiento o medicamentos que terminen con la vida del paciente. En algunos países como Holanda, Australia y algunos Estados de la Unión Americana la eutanasia activa se ha legalizado, se aplica a petición del enfermo presa de dolor, incapacidad y sufrimiento incontrolables, pero la petición no debe formularse durante un periodo de depresión, o cuando está bajo el efecto de medicamentos que interfieran con su juicio y decisión. En México la eutanasia activa tiene muchas implicaciones legales y éticas, está considerada como homicidio culposo.

Suicidio asistido

Desde el punto de vista legal y ético tiene poca diferencia con la eutanasia activa, el médico, el cirujano o el equipo de salud aceptan la petición del enfermo en fase terminal, le proporcionan los medios para que termine con su vida, pero es el propio enfermo quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución letal con el hipnótico, opiáceo y cloruro de potasio, también está legalizado en Holanda, Australia y el Estado de Oregón en los Estados Unidos. En México se considera como complicidad homicida. Tanto la eutanasia como el suicidio asistido constituyen un dilema ético, que requieren un análisis profundo de cada caso en particular, una reflexión filosófica y ética, para tomar la mejor decisión en beneficio del paciente.[16]

Existe el caso del Dr. Jack Kevorkian[17] en Estados Unidos, conocido como el "Ángel de la muerte" quien durante años participó en el suicidio asistido de más de 130 pacientes, quienes sufrían una enfermedad avanzada resistente al tratamiento, con dolor y sufrimiento incontrolables, gran parte de estos eventos fueron grabados y sirvieron como evidencia para condenarlo en 1999 por homicidio con premeditación, alevosía y ventaja. Es de hacer notar que en el juicio los familiares de los enfermos muertos declararon en su favor, invocando su labor humanitaria al evitar el dolor y una vida miserable, favoreciendo una muerte digna[20].

Ortotanasia

Vocablo nuevo de la tanatología, se refiere a todas las medidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, se evita la obstinación terapéutica y se continúa con las medidas proporcionadas que suprimen o disminuyen el dolor y otros síntomas que ocasionan sufrimiento. Se procura que el paciente este cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando el aseo y las curaciones que sean necesarias, se administran analgésicos y sedantes con la frecuencia y dosis que se requiera, pero lo más importante es la comunicación y el diálogo del médico con el enfermo, la comunicación del paciente con sus familiares y amigos, así como en casos particulares con el ministro de su religión, quienes proporcionan el debido apoyo psíquico y moral. A diferencia de los anteriores procedimientos que ayudan a morir, la ortotanasia ayuda en el morir. [18]

Cecil Saunders fundó en Inglaterra el sistema de los hospicios en la década de los sesenta del siglo pasado, lo que no corresponde a la connotación de la palabra en nuestro medio, no es el edificio o institución para proporcionar atención a determinados seres humanos, ancianos, enfermos o huérfa-

nos, el concepto es más amplio. Es un sistema que involucra al enfermo y su familia, el paciente debe otorgar su consentimiento para ingresar a este sistema que puede llevarse a cabo en diferentes escenarios: cuartos o salas del hospital, instituciones especializadas llamadas "hospicios" o en el domicilio del enfermo. La principal finalidad del sistema y los hospicios es proporcionar la mejor calidad de vida posible a los enfermos terminales, con un pronóstico de vida no mayor de seis meses, aceptando que el tiempo de supervivencia está dado por la misma enfermedad, más que por el tratamiento instituido.

En este sistema es posible planear, organizar y desarrollar un programa multidisciplinario, en el que participen: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo, familiares, amigos, estudiantes de medicina o enfermería, quienes pueden atender al enfermo próximo a morir en el lugar más apropiado para cada paciente en particular: el hospital, el hospicio o el domicilio del enfermo, en el cual estará en el ambiente que conoce, rodeado de las personas que lo quieren y a las que quiere.

Cuando un paciente con cáncer avanzado fuera de todo tratamiento oncológico acepta ingresar a este sistema, se suspende el manejo especializado de la neoplasia: cirugía, radioterapia o quimioterapia y se instituye un manejo paliativo, sólo se utilizarán medidas proporcionadas para evitar el dolor y el sufrimiento. Este programa tiene la ventaja de que el paciente puede convivir con otros enfermos es que se encuentran en condiciones similares, sociabilizar, recibir visitas de familiares, amigos, así como de ministros de su religión si el enfermo así lo desea, con la salvedad de que puede cambiar de opinión, solicitar su salida del programa y volver al tratamiento oncológico anterior[23].

Medicina paliativa

Paliativo es una palabra derivada del latín, *paliatus* que significa aminorar, atenuar, encubrir, tapar, disimular, disculpar o justificar, en el contexto de las ciencias de la salud, las dos primeras connotaciones son las más apropiadas, se interpreta como mitigar, disminuir, aliviar o hacer soportable cualquier dolor físico o moral. Cuando se habla de medicina paliativa con frecuencia la interpretación es errónea, se piensa que utilizarla equivale a "no hacer nada" lo que está absolutamente alejado de la verdad, ya que es mucho lo que el médico y el equipo de salud pueden hacer en bien de los pacientes, aunque es cierto que también se dejan de hacer procedimientos e indicar medicamentos que en nada los benefician. De tal manera que la medicina paliativa es el conjunto de procedimientos y medicamentos que se utilizan en un enfermo con el fin de suprimir el dolor y otros síntoma molestos, evitar dentro de lo posible el sufrimiento y de esta manera mejorar la calidad de vida, con respeto de la voluntad del enfermo por preservar una vida que se pueda considerar digna.[19]

Los antecedentes recientes son los Hospicios o Unidades de Cuidados Continuos establecidas por Alfred Worcester en 1935, cuya filosofía se expresa en las palabras "*The care of the Aged, Dying and the dead*" así como el manejo del enfermo terminal en el St. Chistopher Hospice de Londres, donde Cecyle Saunders y su equipo, demostraron la eficacia y eficiencia del tratamiento integral de los pacientes terminales. Un requisito para administrar la medicina paliativa es contar con el consentimiento informado, entendido como la información completa y clara al enfermo de todo lo referente a su padecimiento, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se utilizarán, sus ventajas y desventajas, planteando con honestidad el costo-beneficio si se

utilizan o dejan de utilizarse, también deben exponerse otras posibles alternativas. Lo más importante para que en realidad sea un consentimiento informado, es comprobar que el enfermo ha comprendido todo lo que se le ha explicado, para que pueda reflexionar y con libertad tomar la decisión que más le convenga

La medicina paliativa comprende una serie de medidas sencillas, que causan pocas molestias, no aumentan el costo de la atención y pueden aplicarse en cualquier sitio, el hospital o el domicilio del paciente, lo más importante es el acompañamiento y la comunicación, escuchar al enfermo, quien con frecuencia quiere hablar sobre temas que no se atreve a tratar con su familia, oírlo y hablar con él sirve como catarsis y le da salida a su carga emocional, tensión y angustia. La medicina paliativa es la ortotanasia aplicada por un personal capacitado en el lugar más adecuado para el paciente.

En la Ley General de Salud a los conceptos tradicionales de medicina preventiva, curativa y rehabilitación se ha agregado el de medicina paliativa. La ley se modificó en México en 2009 y 2012, a partir de una iniciativa del entonces Presidente de la República para modificar la Ley General de Salud, en lo referente al tratamiento integral del dolor y la medicina paliativa. Las iniciativa fue enviada a la Legislatura de la Nación, aceptada en lo general y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2008. Entre las modificaciones sobresale la de la fracción II del artículo 27, en la cual a las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación se agregan las medidas paliativas, aunque lo más importante es la creación del artículo 166 bis publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 5 de enero de 2009. Las modificaciones de la ley en 2009[20] y las modificaciones menores en 2012, que regulan el manejo integral del dolor y los cuidados paliativos, están contenidas en la NOM-011-SAA3-201421. Todo lo anterior es muy satisfactorio, sin embargo, aun queda el vacio del tratamiento integral del dolor severo, intenso, rebelde al tratamiento en enfermos con padecimientos crónicos, con expectativa de vida mayor a seis meses.

Voluntad anticipada

También conocida como "testamento en vida o "testamento vital" tiene implicaciones científicas, legales y éticas, aun no está reglamentada, por lo que es necesario que se incluya en la legislación de todas las entidades federativas del país. Se define como la petición libre seria, inequívoca y reiterada de una persona en pleno uso y capacidad de ejercicio de sus facultades mentales, en cuanto a las medidas diagnósticas y terapéuticas que acepta o rechaza. Lo anterior tiene implicaciones legales que le confieren a toda persona o paciente el derecho de tomar con antelación una decisión, al igual que implicaciones bioéticas en relación al respeto a su autonomía, para que de acuerdo con sus conocimientos, información, reflexión y creencias, exprese su decisión sobre el futuro manejo de situaciones específicas de una posible enfermedad.[22,23]

Las directrices previas o anticipadas deben cumplir con requisitos para su adecuada aplicación: ser expresadas cuando el enfermo está consciente y con el uso pleno de sus facultades mentales, que su decisión la haya tomado sin ninguna coerción, que tampoco lo haya manifestado durante episodios con dolor y/o sufrimiento intolerables, con alteraciones psíquicas severas como ansiedad o depresión. El requisito de firma ante un notario limita su uso por la falta de disponibilidad de estos profesionistas, así como por el elevado costo del documento notarial, por lo que deben implementarse procedimientos sencillos ante el personal hospitalario o sanitario, estos

documentos deben registrarse en las oficinas gubernamentales especialmente designadas para tal fin.

El testamento vital se puede referir a diversos aspectos de la atención médica, como son la manifestación explícita de no ser hospitalizado, de no ingresar a la UCI, en caso de paro cardio respiratorio de no ser sometido a medidas de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), no recibir medidas extraordinarias o determinado tratamiento, como es la negativa de los Testigos de Jehová para recibir sangre o sus derivados. También se puede referir a el destino de los despojos mortales, mediante la donación del cuerpo o algunos tejidos a escuelas y facultades de medicina, destinados a la enseñanza y la investigación, un aspecto muy importante es la donación de órganos para trasplantes, después de muerte biológica con corazón latiendo, o después de la muerte cerebral con preservación de la vida vegetativa, que se mantiene con medidas de sostén hasta la procuración de los órganos para el trasplante.

Trasplante de órganos

Es la transferencia de un órgano, tejido o células de un sitio a otro, de una persona a otra, esta transferencia puede ser total o parcial, de uno o varios órganos, provenientes de un donador vivo o de un donador cadavérico, lo que tiene Implicaciones biológicas, legales y éticas. El antecedente científico más importante son los trabajos de Alexis Carrel, quien implementó las suturas vasculares con la técnica de triangulación, realizó trasplantes experimentales en perros, de riñón otros órganos y tejidos, llegó a trasplantar la cabeza a un perro creando el "Can cerbero", por sus trabajos experimentales y su libro *La incógnita del hombre* con profundos conceptos morales y éticos recibió el Premio Nobel en 1912.[24,25,26,27]

Sir Peter Medawar estudió el trasplante de piel en ratas y ratones para tratar de explicar el rechazo, la aplicación de trasplante de piel en quemaduras durante la II Guerra Mundial (2º Premio Nobel). Merril y Murray en el Peter Ben Brigham Hospital (PBBH) realizan el primer trasplante renal con éxito en gemelos homocigotos (3er Premio Nobel). Otros antecedentes importantes son los trabajos de Hume en 1953 (PBBH) quien utiliza el equipo para hemodiálisis, y realiza el trasplante renal cadavérico. W. Kelly y C. Lillehey (Mineapolis, Minesota, 1955) hacen importantes aportaciones en el trasplante de páncreas, la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del estado de shock, con ellos se inician las UCI. Hardy en 1963 efectúa el trasplante de pulmón. Christian Barnard, 1967 realiza el primer trasplante de corazón en Sud África. Thomas Starzl. (U. de Colorado, 1968) realiza el primer trasplante hepático con éxito, este cirujano recientemente publicó el informe de sus primeros mil casos. Calne en Londres y Moreno en España tiene una importante casuística, actualmente España ocupa el primer lugar en la donación cadavérica de órganos.

En México, Manuel Quijano Narezo y Federico Ortiz Quezada realizaron el primer trasplante de riñón en el CMN del IMSS en 1965. Rafael Álvarez Cordero utilizó una máquina para la preservación de órganos, en la cual a la hipotermia se agregaba la perfusión pulsatil. perfeccionó y dominó la técnica de trasplante de hígado en animales, pero no llegó a realizarlo en humanos. Corresponde a Héctor Orozco Zepeda y MIguel Ángel Mercado Díaz efectuar con éxito el primer trasplante hepático en humanos, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Rubén Arguero Sánchez en 1988 consigue realizar con éxito el primer trasplante de corazón, en el Hospital de Especialidades

del C.M. La Raza del IMSS. Martín Iglesias en el INCMNSZ está realizando un interesante programa de trabajo para el reimplante de extremidades amputadas.

El trasplante de órganos es un procedimiento que debe cumplir con requisitos biológicos, legales y éticos en el que se entrecruzan tres historias. A) El equipo de salud compuesto por el cirujano que actúa como líder, enfermeras, intensivistas, neurólogos, técnicos, personal administrativo y directivo, quienes deben estar motivados y debidamente capacitados para lo solución de problemas relacionados con el trasplante de órganos. B) El paciente que recibirá uno o varios órganos, portador de una enfermedad crónico degenerativa que lo ha deteriorado en forma importante, por lo que ha tenido repetidas hospitalizaciones, se le han realizado múltiples estudios (laboratorio, imagenología, endoscopías, pruebas inmunológicas de histo compatibilidad), por lo que sufre importante carga emocional y alteraciones psíquicas y C) Las personas de quienes se obtienen los órganos viables para ser trasplantados, puede ser un donador vivo de un órgano par o parte de uno impar, o bien un donador cadavérico que puede ser donador de varios órganos. Del entrecruzamiento de estas tres historias surge el milagro de de la medicina "El trasplante de órganos".

Para la obtención de buenos resultados se requiere la participación de un equipo multidisciplinario debidamente capacitado, de un hospital certificado que cuente con todos los recursos de infraestructura, materiales, humanos, científicos y técnicos. El progreso en la anestesiología, en el manejo del enfermo en estado crítico en las UCI, de la inmunología para la tipificación de tejidos y la inmuno supresión pos operatoria, para evitar el rechazo, indudablemente han contribuido para el éxito de los trasplantes. Un aspecto importante es la determinación de muerte cerebral o con más propiedad de la muerte encefálica, en la que participa un equipo multidisciplinario compuesto por internistas, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, inmunólogos y bioeticistas, en el que para evitar sesgos no debe participar ningún miembro de equipo de trasplantes, a los datos clínicos de pérdida persistente de la conciencia en ausencia de sedación del sistema nervioso central (SNC), midriasis, ausencia de reflejos pupilares, de respuesta a la irrigación auricular y angiografía carotidea con falta de circulación en el SNC, se agregan dos EEG planos, el mapeo cerebral y los potenciales evocados.

Una vez diagnosticada la muerte encefálica se procede a la procuración múltiple de órganos y asignación de los mismos, de acuerdo con lo establecido por el Centro Nacional de Trasplantes (CENTRA). Es conveniente que la procuración de órganos la realicen los cirujanos del equipo de trasplantes, quienes se trasladarán al hospital en el que se encuentra el donador con muerte encefálica, para obtener los órganos preservando en buen estado los elementos anatómicos que permitirán realizar las anastomosis vasculares, así como de otros elementos como vías biliares y bronquios. De inmediato se iniciará el lavado y perfusión con solución *buffer* a baja temperatura. La asignación de órganos se hace de acuerdo con varios criterios como son: histo compatibilidad, lugar en la lista de espera de los receptores, edad, deterioro físico funcional, enfermedades concomitantes y posibilidades de seguir el tratamiento inmunosupresor pos operatorio, es importante la valoración integral de los posibles receptores, para ofrecer el mayor beneficio al mayor número de personas.

En el trasplante de órganos con donador cadavérico con muerte encefálica, aunque se cumpla con los preceptos legales y éticos, exis-

ten situaciones que dan lugar a problemas psíquicos en el personal de salud. En quirófanos vecinos se encuentran el receptor, quien después de recibir el órgano trasplantado pasará a la UCI, posteriormente a hospitalización y posiblemente a su casa, mientras que en el otro quirófano se encuentra el donador con signos vitales estables, buena perfusión tisular y respiración asistida, sólo con vida vegetativa sin ninguna actividad cerebral, en el quirófano se hará una incisión de la horquilla esternal al pubis, se obtendrán los órganos: corazón-pulmón, hígado, riñones, páncreas, hueso, piel y córneas, que se asignarán a los receptores más adecuados en diferentes hospitales y ciudades, después de lo cual la cavidad cardio torácica se llenará con bolitas de plástico, con un burdo cierre del tórax y abdomen, el cadáver vacío pasa al Departamento de Patología, donde se terminará de preparar el cuerpo para entregarlo a sus familiares. En ocasiones el personal de salud ha atendido durante días al paciente con vida vegetativa, creándose cierta liga emocional y sentimental, por lo que el hecho de terminar con la vida vegetativa en el quirófano, no deja de alterar e impactar a médicos y enfermeras que han estado atendiendo al paciente donador por un tiempo más o menos largo[28].

Colofón

La muerte es parte de la vida misma, a la que el cirujano se enfrenta con frecuencia, surgiendo problemas como el suicidio asistido, la eutanasia activa y pasiva, en ésta al suprimir las medidas futiles se evita la obstinación terapéutica o distanasia, aplicando sólo medidas proporcionadas, lo que constituye la ortotanasia, en la cual se aplica la medicina paliativa. En cada enfermo en particular se debe valorar en forma integral su estado de salud, el pronóstico de su enfermedad, sus expectativas de vida, procurando siempre que tenga la mejor calidad de vida posible en el tiempo que le resta, respetando su autonomía en la toma de todas las decisiones.

La voluntad anticipada tiene el espíritu de respetar la libertad que como todo ser humano tienen los pacientes, sin embargo, la autonomía del enfermo también tiene límites, cuando no se apega a la *Lex Artis* por lo que debe legislarse al respecto. La ley de voluntad anticipada como todas las leyes también están sujetas a su interpretación, por lo que dada la importancia y trascendencia del problema, cada caso debe analizarse en particular, pensando siempre en el beneficio y respeto de la autonomía y dignidad del enfermo.

El trasplante es la sustitución de un órgano enfermo por un órgano sano para la recuperación de la salud, mejorar la calidad de vida y/o retrasar la muerte, mediante un órgano viable obtenido de otro ser vivo o de un ser muerto. La conjunción de las tres historias: A) Equipo de salud B) Enfermo receptor y C) El donador, hace posible el milagro de la medicina del trasplante de órganos, en el cual "La muerte da vida"

El cirujano se enfrenta durante su vida profesional a la muerte, en sus distintas acepciones: muerte biológica con paro cardio respiratorio irreversible, muerte cerebral o encefálica, enfermedades y pacientes con peligro o inminencia de muerte y a veces a la cercanía de su propia muerte. La vida es una enfermedad que se contrae sexualmente y siempre termina con la muerte, una realidad que no conocemos, que tratamos de entender y da lugar a múltiples problemas y dilemas sociales, legales y éticos, motivo de análisis, reflexión y discusión, como dice Saramago: "En lugar de hablar de la muerte que en realidad nadie conoce, debemos hablar del morir, proceso en el que si podemos intervenir y ayudar a otro ser humano". Reconocer la temporalidad de todo ser humano recordando que "la muerte es una triste realidad" mientras que "la vida es una triste mentira".

Referencias

1. Sprug CL, Mara P, Bullow HH, Ricou B. *The importance of religious affiliation and culture on end of life decisions in European Intensive Care Units*. Intensive Care Med 2007;32.196.
2. Gutiérrez Samperio C. *El fin de la vida*. Ed. Costa Amic, México, 2012.
3. Sher L. *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno, México, 1992.
4. Kluber-Ross E. *Questions and Answers on Death and Dying*. Ed, Mac Milan Publishers Co. New York. 1974.
5. Guevara LUM, Altamirano BMM. *La bioética en la medicina del dolor y paliativa*. En: Altamirano BMM, Garduño PMC, Muñoz HO. Ética cl transfusional. Ed. Cointer. México, 2006:401.
6. Camps V. La voluntad de vivir. Ed Ariel, Barcelona, 2005.
7. Ramírez-Barba EJ, Vázquez GMA. *Sobre el encarnizamiento terapéutico*. En: Soberón AG, Feinholz D. Muerte digna. Una oportunidad real. Ed. Comisión Nacional de bioética, México, 2008: 212.Gutiérrez-Samperio C, Carrasco bioética en el ejercicio quirúrgico. Vol XVI Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. Ed. Alfil, México, 2010:137.
8. Soberón AG, Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real*. Ed. Comisión Nacional de bioética, México, 2008: 212.
9. Gutiérrez-Samperio C. *El paciente quirúrgico en estado crítico. Avances en el proceso diagnóstico terapéutico*. Gac Med Mex, 2000;136:149.
10. Luce MC, White BC. *A History of Ethics and Law in Intensive Care Unit*. Critical Care Med, 2009;25:221.
11. Truog RD, Cist AF, Backet SE y Cols. *Recommendations for end of Life Care in Intensive Care Unit. The Ethics Committe of the Society of Critical Care Medicine*. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
12. Giannini R, Pessina A, Tachiem y Cols. *End of Life Decisions in Intensive Care Units*. *Attitude of Physicians in an Italian Urban Setting. Intensive Care* Med;29:1902.
13. Álvarez del Rio A, Kraus A. *Eutanasia y suicidio asistido*. En: Pérez Tamayo R, Tapia R. La construcción de la bioética. Ed. FCE, México, 2007:161.
14. Gutiérrez-Samperio C. *Muerte asistida*, En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco RA. La bioética en el ejercicio quirúrgico, Vol XVI Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía, Ed. Alfil, México, 2010:123.
15. Gutiérrez Samperio C. *La bioética ante la muerte*. Gac Med Mex. 2001; 137:269-75.
16. Calabro PG. *La eutanasia en perspectiva del estado constitucional, entre principios y valores. Las leyes que autorizan o favorecen el aborto y la eutanasia*. Medicina y Ética, 2000;11:149-161.
17. Mc Mallister FUG. *Angel of Death*. Time 2000;155(2):22-26. 19. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2009. NOM-011-SAA3-2009.
18. Pessini L, Martin LM. *Algunos conceptos éticos básicos acerca del término de la vida: eutanasia, mistanasia, distanasia y ortotanasia.* En: Lolas-St epke, De Freitas DJG. Bioética. Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile, 2013:271.
19. *World Health Organization*. *Paliative Care. The solid facts.* Europe WHO, 2004.
20. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2009. NOM-011-SAA3-2009.
21. Diario Oficial de la Federación, 4 de abril de 2014. NOM-011-SAA3-2014.
22. León Correa FJ. *La voluntad anticipada: Análisis desde las experiencias en ética clínica*. Rev Colomb Bioet. 2008;3:83.

23. Verdú F. *Voluntad anticipada*. En Lolas-Sepke F, De Freitas DJG. Bioética. Ed Mediterraneo, Santiago de Chile, 2013:246-255.
24. Santillán DP. *Ética y trasplante de órganos*. En: Pérez Tamayo R, Tapia R. La construcción de la bioética. Ed FCE, México, 2007.85.
25. Altamirano BN, Robles VC. *Trasplante de órganos. Una perspectiva bioética*. En: Altamirano BMC, Garduño EJ, García PMC, Muñoz HO. Ética clínica, Una perspectiva transfuncional. Ed. Cointer, México, 2006:375.
26. Argûero SR, Careaga RM. *Bioética y cirugía. Trasplante de órganos*. En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco RA. La bioética en el ejercicio quirúrgico. Vol XVI. Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía, Ed. Alfil, México, 2010:107. Chistopher K, Daugherty MD. Examining ethical dilemas as obstacles to hospice and paliative care for advanced cancer patients. Cancer Invest. 2004;22123.
27. Sandoval OF. *Trasplante de órganos y bioética*. En: Serrano MT, Jiménez HBL. Bioética. Ed. FES Iztacala, UNAM,2007:209.
28. Gutiérrez-Samperio C. Bioética y Cirugía. En Kuthy-Porter J, Villalobos PJJ, Martínez GO, Tarasco MM. *Introducción a la bioética*. 4a Ed. Méndez Editores, México, 2015:193.paliativos. Ed. Secretaría Técnica AUGE. Santiago de Chile, 2011.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin autorización escrita del editor.

Diseño y Formación:
Burak y Asociados
Tel.: 5395 7935
www.burakyasociados.com.mx

Dr. José Fenig Rodríguez

Otros libros de la Asociación Mexicana de Cirugía General, editados por el Dr. José Fenig Rodríguez y el Comité Editorial de la Asociación:

- *Historia de la Asociación Mexicana de Cirugía General 1973-2011.*
- *Innovación y Descubrimiento en Cirugía, Historia y Entorno Humanístico.*

La presente obra es publicada por la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. por su permanente propósito de estar presente ante toda la comunidad médica de nuestro país. El título del libro *El Entorno del Cirujano. De principio a fin*, trata de enterar lo que es la cirugía general, quién es el cirujano general, cómo está formado profesionalmente, cómo se mantiene vigente en sus conocimientos y en sus destrezas, cómo educa a las nuevas generaciones y qué otros atributos debe desarrollar para ser un individuo feliz, completo, respetado por su familia, por sus pacientes y por toda la comunidad. Estas son las ideas contenidas en sus diversos capítulos. No se mencionan experiencias puramente quirúrgicas. Sirve, desde el principio, si se quiere ver como orientador de vocación profesional, simplemente leyendo lo que Esculapio dijo acerca del quehacer del médico, hace alrededor de 2 mil 500 años, conceptos que a pesar del avance científico y tecnológico, siguen vigentes por las grandes verdades que la conducta del ser humano sigue manteniendo. Al final, la obra contempla al cirujano en la etapa donde sus facultades físicas y mentales van mermado para también convertirlo en paciente y obligarlo al retiro completo de la cirugía. Todas estas páginas difícilmente se enseñan en los libros de texto de la Facultad de Medicina, pero servirán a lo largo del tiempo cuando nuevas necesidades aparezcan según lo lejos que se quiera llegar. El esfuerzo de cada coautor del libro está orientado a ello.

La AMCG está consciente que la cirugía general ya no representa solo al tronco del árbol que fue el siglo pasado. Han nacido de él innumerables ramas y ramitas que finalmente han dado origen a un gran follaje integrado por innumerables hojas, que son las que representan la realidad actual de la inmensa subespecialización que toda la medicina ha sufrido. El tronco común a diario le aparecen nuevas ramas y más hojas, que han obligado a solo ejercer lo que representa una pequeña hoja del árbol que la ciencia y la tecnología han creado. Esto es lo que el diseño de la portada quiere dar a entender y preparar a sus socios para ejercer la cirugía del futuro tal vez solo en lo indicado en la hojita escogida.