

# REFLEXIONS SOBRE ALGUNES REALITATS I PERSPECTIVES DE LA CIRURGIA I DELS CIRURGIANS DEL SEGLE XXI

Fernández-Cruz L.

Ara que hem començat amb èxit aquest nou mil·lenni, després d'haver aclarit les pors de la transició, es fa necessària la discussió del paper de la cirurgia i dels cirurgians en aquesta nova era. Si comencés dient que el moment de la cirurgia actual és de crisi i incertesa, segur que em guanyaria l'adhesió entusiasta de molts cirurgians. És per això que trobo justificat fer una reflexió crítica de la professió de cirurgià i del medi en què, com a professional, ha de centrar el seu treball.

## Consideració social dels cirurgians

Una afirmació positiva és que la cirurgia mai no ha assolit al llarg de la seva història un període més brillant que l'actual en poder dominar, encara que no de manera absoluta, els tres problemes principals amb els quals s'enfrontava la cirurgia fa cinquanta anys: el control del dolor, de l'hemorràgia i de la infecció. Molts procediments operatoris a causa d'aquestes circumstàncies no necessiten ingrés hospitalari, l'anomenada cirurgia major ambulatoria, cosa que suposa un menor estrès per als pacients i una disminució de les despeses sanitàries que requereix l'hospitalització. A més, s'ha desenvolupat una cirurgia que ha estat anomenada "amiga del pacient", la cirurgia endoscòpica, que permet mitjançant un abordatge mínimament agressiu dur a terme els procediments operatoris amb la mateixa efectivitat que els procediments oberts, que requereixen àmplies incisions cutànies i extensos traumatismes en els teixits musculoaponeuròtics. Amb la mateixa efectivitat, la cirurgia mínimament agressiva és més confortable per al pacient, s'associa a un menor dolor postoperatori i la recuperació sociolaboral és més ràpida. També els continus avenços en la immunologia, la farmacologia i en les tècniques de conservació d'òrgans han possibilitat el desenvolupament de la cirurgia dels trasplantaments. Aquesta cirurgia no solament permet la cura de malalties cròniques irreversibles sinó la rehabilitació d'aquests pacients amb una qualitat de vida acceptable. Finalment, els avenços en l'anestèsia i en la reanimació fan possible la realització d'una cirurgia oncològica (procediments operatoris de llarga durada i complexitat) amb una morbiditat i mortalitat mínima i amb unes expectatives de vida dels pacients fins ara inconcebibles.

Amb aquests avenços insospitats, quines són les raons de la crisi i de la incertesa? Comencem per afirmar que la consideració social dels metges i dels cirurgians en particular està en hores baixes. Les raons són múltiples però algunes són fàcilment identificables: la burocratització de la medicina i la pèrdua progressiva del poder adquisitiu dels metges. Aquesta última raó està fora del control dels metges, però en la burocratització de l'acte mèdic, els mateixos professionals de la medicina són en part responsables per no haver-se rebel·lat en el moment oportú. Recentment, un candidat a una plaça de cap de servei de cirurgia d'un hospital, en la presentació dels mèrits, exposava el nombre d'intervencions en tal o en tal altra cirurgia; en cap moment, es va fer referència a pacients i malalties. El candidat no feia més que respondre el que interessa a l'Administració, el "nombre". Resulta evident que allò que més hauria d'interessar als professionals en l'art de guarir és el control de qualitat dels processos terapèutics dels pacients tractats. No sé quins canvis s'hauran de produir per revertir la consideració social cap a la classe mèdica. Permeteu-me una intromissió literària. En l'Alícia de Lewis Carroll existeix el relat següent: "“Qui ets tu?”, li va preguntar l'eruga." "“Doncs jo... jo... ara mateix, senyora, ni ho sé. Sí que sé qui era quan aquest matí m'he aixecat, però he hagut de canviar diverses vegades des de llavors”, li va respondre Alícia. “Què vols dir amb això? Explica't”, li va dir severament l'eruga. “Em temo que no puc exposar-ho amb major claredat”, va replicar Alícia.”

### **La cirurgia en la llicenciatura de Medicina**

Com a problema addicional, la cirurgia ha estat relegada en les preferències dels estudiants que s'han de decidir per una determinada especialitat mèdica. Si observem el número que han assolit els MIR que opten per la cirurgia en aquests últims anys direm, per ser benèvol, que molt pocs estan entre els cent primers llocs. Quines són les causes? En primer lloc s'han de buscar en l'organització dels estudis de medicina en un gran nombre de facultats. En el període de llicenciatura la cirurgia com a tal s'ha deixat d'ensenyar ja que l'objectiu d'aquests estudis és formar llicenciats en Medicina i no especialistes. Amb aquests plantejaments els professors de les diferents disciplines mèdiques, incloent-hi la cirurgia, exposen d'una manera molt resumida la fisiopatologia, el diagnòstic i el tractament de les malalties. Quan es parla del tractament quirúrgic, els detalls d'aquest tractament són explicats amb la major senzillesa possible. Per tant, els alumnes en aquest període de la llicenciatura tenen poques possibilitats de conèixer com es desenvolupa l'activitat quirúrgica i el paper del cirurgià. A més, la rotació dels estudiants per les sales d'hospitalització es fa preferentment per les de medicina interna i gas-

troenterologia. Com a conseqüència d'aquesta realitat, els estudiants tenen poques oportunitats d'entrar al quiròfan. Alguns es queden entusiasmats per com es desenvolupa la vida al quiròfan, i, molts, resten confosos i amb la impressió que gairebé perden el temps. A tot això, s'ha d'afegir que els estudiants perceben que la cirurgia necessita un aprenentatge llarg i que la vida del cirurgià està tenyida de cansament físic i mental, pel nombre d'hores que requereix la professió. I a més a més, cal sumar-hi el fet que els emoluments econòmics no són diferents als que perceben altres col·legues que, per la seva tasca de l'especialitat, no hi inverteixen ni tant d'esforç ni tant de temps.

Per solucionar aquest problema també és necessari que hi hagi un canvi en l'organització dels estudis de la llicenciatura i augmentar el període de vivència dels estudiants a les àrees quirúrgiques.

### **El paper del cirurgià en les organitzacions hospitalàries**

Actualment ha disminuït el nombre de llits d'hospitalització dels serveis mèdics, ja que només cal ingressar els pacients amb malalties mèdiques per fer proves diagnòstiques i tractaments especials. Això no obstant, roman inalterable el nombre de llits destinats als malalts quirúrgics i fins i tot alguns hospitals l'han augmentat per a un grup de cirurgia coneguda com de curta estada. Tanmateix, "el poder" del cirurgià com una figura mèdica influent en els hospitals ha anat disminuint de manera sorprenent. La seva presència als comitès de direcció dels centres hospitalaris ha anat desapareixent fins a fer-se testimonial. Les raons són, també en aquest punt, múltiples, i majoritàriament interessades. Un dels arguments que s'esgrimeixen és que allò que interessa als cirurgians és el quiròfan i no disposen de temps per a la reflexió col·lectiva. Greu error, que fa que la mateixa organització de la cirurgia estigui exclusivament a les mans de l'estament mèdic i que els cirurgians passin a ser considerats només uns actors imprescindibles en la pràctica hospitalària.

Em referiré en aquest aspecte a les relacions dels professionals de la medicina amb el col·lectiu de cirurgians. Exposaré uns exemples que, sens dubte, no són el que s'esdevé a la majoria d'institucions hospitalàries però que poden servir d'advertiment per al conjunt. A ningú li resultaria desconegut el relat següent. Un pacient és diagnosticat d'una malaltia que requereix cirurgia. El clínic avisa el malalt que la seva malaltia necessita "la intervenció d'un cirurgià" (moltes vegades sense identificar el nom del cirurgià) que durà a terme una "intervenció relativament senzilla" (infravalorant la importància de l'acte quirúrgic) i reconforta el pacient assenyalant que, quan hagi superat el postoperatori, ell (el clínic) "en dirigirà el control per tornar a posar

ordre" en la recuperació del pacient. Aquest presumpte diàleg té en si mateix una càrrega intencionada. Sense desmerèixer la gran importància del diagnòstic de les malalties, ja que constitueix l'alerta per dirigir un tractament, la cirurgia és en molts processos l'única que aconsegueix la curació definitiva de la malaltia: colecistectomia en la litiasi biliar, reparació de l'anatomia del hiat esofàgic en pacients amb reflux gastroesofàgic, paratiroidectomia per al tractament de la hipercalcèmia per hiperparatiroidisme, etc. També, en alguns ambients mèdics, la dependència del cirurgià del metge és tan gran que el converteix en cirurgià amanuense, és a dir, realitza l'acte quirúrgic segons els criteris preestablerts pel col·lega metge. No hi ha dubte que aquesta actitud de submissió de "fer alguna cosa al servei d'algú" suposa una pèrdua de la identitat del cirurgià. Aquestes últimes situacions necessiten, sens dubte, la "mala" col·laboració del cirurgià que se sent "afalagat" per la confiança del metge. He portat a col·lació aquestes actituds per provocar en alguns cirurgians allò que ens ensenya el filòsof Emilio Lledó: "Vigila el que penses perquè sàpigues el que fas."

Hi ha situacions que han d'alarmar el col·lectiu de cirurgians. Recentment, en alguns hospitals, la classe mèdica intenta convertir les sales d'hospitalització en mixtes, on s'ingressen pacients que només necessiten terapèutiques mèdiques o en fase de diagnòstic de la malaltia i aquells que necessiten cirurgia o que ja han estat intervinguts. Aquestes sales, que habitualment són dirigides per clínics, tenen un tipus d'organització en la qual el control del postoperatori també és portat per ells. Amb aquesta manera de fer queda justificada la presència de l'estament mèdic no quirúrgic durant tota la jornada laboral a les sales d'hospitalització. Aquest atreviment és conseqüència del progrés de la cirurgia actual que va acompanyada en la major part dels casos d'una situació clínica postoperatoria benigna com a resultat de la dràstica disminució de les complicacions i de l'aplicació de l'anomenada cirurgia mínimament agressiva. Aquestes circumstàncies no aconsegueixen disminuir en bon nombre de cirurgians la il·lusió pel treball quirúrgic ben fet. Aquí es podria aplicar aquella dita cèlebre de Nietzsche: "Aquell qui té un perquè per viure pot suportar gairebé qualsevol com."

Quina és la reacció dels cirurgians davant d'aquests fets? El cirurgià se sent expropiat, i per tant estrany en el medi on fa la seva feina, i constata que la seva responsabilitat ha estat usurpada.

Per tot això, fa falta una autèntica relació professional que doni sentit i identitat als diferents professionals i que faci palpable el paper de protagonista (encara que sigui molt parcial) que correspon a cada un (entre els quals ens trobem

els cirurgians). Es tracta, doncs, de trencar el monopoli de la responsabilitat totalitària d'"uns" per la responsabilitat ben diferenciada dels professionals (cirurgians, gastroenteròlegs, anestesistes, endoscopistes, etc.) en els diferents moments en què es desenvolupa l'acte mèdic. Aquesta relació professional sembla reclamar no solament una elegància ètica sinó també de tarannà, d'estil, d'hàbits i de maneres. Davant de la prepotència de qui és l'amo del pacient s'ha de contraposar que el control d'un malalt exigeix reserva i discreció. I no es pot oblidar mai que la responsabilitat professional exigeix mesura, equilibri, ordre, serenitat i, naturalment, autenticitat i aspiració a la veritat. Respecte a això últim els cirurgians han d'intentar que la veritat sigui objectiva, entesa com una correspondència d'una proposició amb els fets.

### **Formació del cirurgià**

Resulta evident que la pràctica quirúrgica del segle XXI no pot ser una activitat quirúrgica aïllada. Avui en dia seria molt improbable que el Premi Nobel de Medicina recaigués en un cirurgià com el cas de Theodor Kocher. L'any 1909, aquest cirurgià va rebre el Premi Nobel per les seves contribucions a la fisiologia, la patologia i el tractament quirúrgic de les malalties de la tiroide.

La medicina moderna ha progressat fins a límits inimaginables pel desenvolupament de sofisticats mètodes diagnòstics (bioquímics, genètics, radiològics) i terapèutics (isotòpics, radioteràpia, quimioteràpia, cirurgia), basats en un major coneixement de la fisiopatologia i de la biologia molecular. Com a resultat, en un gran nombre de malalties el tractament és multidisciplinari. L'exemple més clar és el control dels pacients amb malalties neoplàstiques, i en la medicina dels trasplantaments. L'activitat mèdica en aquests camps seria la realització global transdisciplinària (no interdisciplinària) d'una sèrie d'actes mèdics a través d'una estreta cooperació, o encara millor, integració de diverses disciplines.

Què exigeix aquesta nova medicina al cirurgià del segle XXI? Un canvi d'orientació en la seva formació quirúrgica, que es pot resumir en la unificació d'una formació d'orientació tècnica en una formació i orientació disciplinària. És a dir, s'han de crear experts en el tractament de malalties i no solament professionals del quiròfan. Com a exemple, com definiríem un cirurgià de trasplantaments? Comencem afirmant el que no és. Un professional de la cirurgia que anastomitza els vasos d'un òrgan en particular, en un pacient receptor, i deixa la cura dels seus pacients als seus col·legues d'altres disciplines, hepatòlegs, cardiólegs, nefròlegs, etc. Un cirurgià amb activitat en la cirurgia dels trasplantaments hauria de ser aquell que combina les seves habi-

litats tècniques al quiròfan amb uns amplis coneixements en ciències bàsiques en la utilització dels mètodes de preservació d'òrgans, i provada experiència en el maneig de les terapèutiques immunosupressores.

En aquesta discussió, el debat se centra en l'educació davant l'entrenament. Aquest últim es refereix a l'ensenyament o l'entrenament que rep un individu per reaccionar d'una manera definida o fer les coses només d'una manera determinada. Per entendre'ns, el cirurgià educat en aquesta especialitat mèdica seria el que posseís una formació global en l'activitat del trasplantament; per contra, el que només rep entrenament seria el cirurgià anastomitzador.

Tanmateix, la formació d'aquest nou cirurgià que ha de reunir habilitats tècniques i coneixements de les ciències bàsiques i de la fisiopatologia dels òrgans que centren la seva activitat professional, exigeix determinació per part dels responsables dels programes d'educació quirúrgica i un adequat ambient als centres on es concretarà l'actuació del cirurgià en formació.

No tinc cap dubte a l'hora d'afirmar que els canvis qualitius que s'han produït en la medicina del nostre país en aquests últims vint anys són deguts a l'existència de programes de formació MIR. El resultat és un alt nivell de competència en tots els camps de la medicina i molt especialment en el de la cirurgia. De tota manera, en aquests inicis del tercer mil·lenni és necessari fer una anàlisi crítica dels nostres programes de formació mèdica i molt especialment en el camp de la cirurgia general i de l'aparell digestiu.

Actualment, durant els cinc anys de formació quirúrgica el futur especialista va avançant en les seves habilitats tècniques i en coneixements per totes les àrees de l'especialitat, que no són poques: cirurgia hepatobiliopancreàtica, esofagogàstrica, colorectal, endocrina, proctològica, trasplantament d'òrgans, cirurgia d'urgència, etc. Sens dubte, resulta evident que és un tast massa gran perquè pugui ser fàcilment digerible. Aquesta formació, tan general, no possibilita en la major part dels casos que aquest nou cirurgià, quan hagi acabat la residència, pugui dur a terme per ell mateix una activitat professional que englobi totes les àrees de l'especialitat.

L'anàlisi de les dades de la *Residency Review Committee* (RRC) dels EUA, sobre un nombre de 880 caps de residents graduats el 1999, han mostrat que la mitjana d'intervencions que aquests residents han fet com a cirurgians va ser de 948 (entre elles 74 intervencions sobre la mama, 104 de cirurgia de les vies biliars, 88 herniorràfies, 31 apendicectomies i 43 colectomies). Aquestes intervencions en particular són les considerades com el conjunt que constitueix la cirurgia general. Aquestes dades estan lluny del que es podria esperar de l'activitat dels residents del nostre país. Malgrat tot, aquest estudi de

l'RRC de l'any 1999 també assenyala que els caps de residents havien realitzat com a mitjana una esofagectomia total, una gastrectomia total, quatre intervencions laparoscòpiques per al tractament del reflux gastroesofàgic, tres reseccions hepàtiques, etc. En un altre estudi nord-americà també s'assenyala que, en el camp de la cirurgia endocrina, la mitjana d'intervencions va ser de set a deu sobre la tiroide, dues sobre les paratiroides, una sobre les suprarenals i cap sobre el pàncrees endocrí. La reflexió sobre l'anàlisi del volum d'activitat assistencial dels residents podria portar a pensar que els programes de formació MIR fracassen en els seus objectius de formar especialistes en cirurgia general i de l'aparell digestiu. Potser el més encertat seria no parlar de fracàs, però sí de falta d'una adequació entre els objectius i els resultats obtinguts.

La impressió general dels professionals de la cirurgia és que els programes actuals de residència de l'especialitat de cirurgia general i de l'aparell digestiu necessiten la introducció d'algunes correccions. Al meu entendre, els objectius d'aquests programes haurien de ser la formació de cirurgians generalistes en l'especialitat. Es tractaria que aquests cirurgians al final del període de residència haguessin desenvolupat l'aprenentatge de les habilitats tècniques que permetin resoldre els problemes més freqüents en la cirurgia d'urgència (apendicitis, colecistitis, oclusió intestinal, etc.) i dels procediments que se centren en àrees com ara la mama, la paret abdominal, les vies biliars, el tracte gastrointestinal i la cirurgia proctològica. Durant aquests anys hauran de conèixer els procediments que s'apliquen en intervencions sobre l'esòfag, l'estómac, el fetge i el pàncrees, incloent-hi els trasplantaments d'òrgans abdominals i la cirurgia endocrina. Alhora haurien d'haver adquirit els coneixements sobre la nutrició, infecció i immunologia, i també en les ciències bàsiques, particularment centrades en l'aplicació de la biologia molecular en el diagnòstic i tractament de les malalties. L'aprenentatge de la cirurgia endoscòpica, preferentment en els tractaments dels pacients amb litiasi biliar i reflux gastroesofàgic, permetrà desenvolupar, en els futurs especialistes, les habilitats tècniques que requereix aquesta cirurgia. La rotació pels serveis de cirurgia toràcica, cardiovascular, traumatològica i cures intensives possibiliten l'aprenentatge de les tècniques bàsiques que podrien tenir utilitat en l'activitat professional de la mateixa especialitat.

Segons la meua opinió, el compliment d'aquests objectius forma cirurgians amb una preparació polivalent que estan en condicions d'assumir les responsabilitats quirúrgiques que els corresponen com a cirurgians generalistes. En realitat serien professionals "especialistes de la desespecialització", professionals flexibles amb una formació que els permet tenir punts de vista

prou globals i amplis per poder comprendre d'una manera integral les diferents àrees de l'especialitat de cirurgia general i de l'aparell digestiu. Aquests cirurgians desenvolupen l'habilitat de l'adaptabilitat professional. Tant els grans hospitals com els hospitals comarcals es beneficien de la presència d'aquests professionals que centren la seva activitat en les àrees que el centre pot i vol assumir. Aquesta formació generalista també possibilita la capacitat per desenvolupar una formació subespecialitzada en algunes àrees de cirurgia hepatobiliopancreàtica, esofagogastrointestinal, endocrina o colorectal. La legislació del nostre país no permet de moment reconèixer oficialment subespecialitats en les diferents àrees una vegada ha estat completat el període de residència. Tanmateix, aquests canvis s'hauran de produir perquè els demana tant la societat en general com els hospitals en particular a l'hora de contractar els seus professionals. La Societat Catalana de Cirurgia es proposa treballar en aquest camí al costat de l'Associació Espanyola de Cirurgians.

En aquest capítol de la formació d'especialistes de cirurgia general i de l'aparell digestiu han estat reconeguts alguns excessos i defectes en l'activitat medicoquirúrgica dels nostres hospitals amb acreditació docent. Els defectes: un gran nombre d'hospitals a causa de la seva organització no desenvolupen la cirurgia de trasplantaments d'òrgans, alguns tenen una activitat molt limitada en l'aplicació de la cirurgia mínimament agressiva (laparoscòpia, toracoscòpia, retroperitoneoscòpia, cervicoscòpia) i d'altres tenen una activitat reduïda en urgències, sobretot en el control de pacients amb politraumatismes. Els residents d'aquests centres estarien privats de la vivència en unes àrees de la cirurgia en les quals els avenços tecnològics i científics han estat més espectaculars en els últims anys. Els excessos: hospitals, gairebé sempre amb una gran pressió assistencial, que tenen en uns casos una gran activitat en la cirurgia dels trasplantaments d'òrgans; d'altres, un interès especial en el desenvolupament de la cirurgia mínimament agressiva i finalment els hospitals de grans urbs amb una activitat frenètica en cirurgia d'urgències. Els residents d'aquests hospitals, que encara compleixen les rotacions preestablertes en el programa de formació, són utilitzats, des del primer any de la residència, per nodrir els equips que duen a terme els trasplantaments; d'altres s'incorporen com a espectadors en la realització d'intervencions per via laparoscòpica o toracoscòpica, i un bon nombre tindrien poques pauses per a l'aprenentatge de les tècniques de la cirurgia electiva, quan treballen en hospitals amb una gran activitat en cirurgia d'urgències. Els excessos i defectes també són presents en l'actuació dels directors dels programes de residència, ja que gairebé sempre s'inclinen en els programes per un èmfasi excessiu en l'aprenentatge de les tècniques i deixen el coneixement de les malalties en un



lloc secundari. Aquesta tendència ha de ser corregida perquè col·locaria els cirurgians en una situació, com abans hem vist, no desitjable, de dependència respecte als nostres col·legues de les disciplines mèdiques.

La Societat Catalana de Cirurgia té entre els seus objectius la correcció dels excessos o defectes que són presents en alguns programes de formació del sistema MIR del nostre entorn. Per a això ha desenvolupat un programa de formació teòrica que ajuda a completar els ja existents als hospitals. Aquest programa s'ha confeccionat amb l'ajuda de tots els responsables i tutors dels residents en els diferents hospitals que coneixen de primera mà en quines matèries es fa necessari posar més atenció. També es pretén impartir els ensenyaments en la recerca de la informació i en la metodologia de la investigació. Com a projecte encara en fase de gestació, la Societat Catalana de Cirurgia pretén ajudar a l'organització de l'intercanvi de residents entre hospitals amb acreditació docent. D'aquesta manera serà possible corregir les deficiències en la "vivència" dels residents per les diferents àrees de l'especialitat. La bona organització dels hospitals comarcals també possibilita que aquests centres puguin contribuir a la formació i educació dels nostres cirurgians.

### **La cirurgia en el medi hospitalari**

En l'organització clàssica la cirurgia, a través dels seus diferents serveis (cirurgia general i aparell digestiu, cardíaca, toràctica, etc.), ocupa uns espais físics als hospitals, igual com els serveis mèdics (gastroenterologia, medicina interna, etc.). Cada servei està organitzat de manera jerarquitzada, amb autonomia en el seu funcionament però no respecte a la gestió econòmica. Tanmateix, aquesta forma d'organització està sent revisada en aquests últims anys i es proposen unes organitzacions menys tancades en si mateixes i més flexibles per respondre a les exigències de la medicina actual: eficiència en el control dels pacients i en la gestió econòmica. La necessitat de canvi en la manera de gestionar un hospital modern es veu forçada pels nous enfocaments en el desenvolupament del diagnòstic i tractament dels malalts. La medicina ha deixat de ser generalista per ser subespecialitzada. Els pacients es volen dirigir a un centre hospitalari amb els millors experts en el coneixement d'un òrgan i fins i tot d'una malaltia en particular. Davant d'aquest repte, les organitzacions hospitalàries que pretenen respondre positivament busquen fórmules que facin possible la flexibilitat per treballar amb altres serveis i maneres compactes de treballar en equip. Els equips compactes es formen amb la creació d'unitats d'assistència clínica que reuneixen els professionals (cirurgians, clínics, anestesistes, patòlegs, radiòlegs, endoscopistes, oncòlegs, etc.) que són experts en un òrgan determinat o en una malaltia

en concret. Els serveis serien mers expenedors d'experts que nodreixen les diferents unitats d'assistència. L'avantatge d'aquesta organització és que manté la integritat dels serveis i la cohesió dels seus membres, que es potencia en els coneixements.

Dins d'aquesta línia, altres institucions s'organitzen creant instituts. L'institut integra els serveis d'especialitats diferents que tenen en comú un centre d'activitat professional i comparteixen els mateixos òrgans o malalties. Exemple: Institut de Malalties Digestives (integra els serveis d'Hepatologia, Gastroenterologia, Cirurgia General i Aparell Digestiu, Endoscòpia Digestiva) o l'Institut de Malalties Cardiovasculars (serveis de Cardiologia i de Cirurgia Cardíaca i Vascular), etc. Els instituts pacten amb la gerència de l'hospital la despesa econòmica d'acord amb l'assistència prevista. Dins de cada institut es creen unitats d'assistència especialitzada. Aquesta nova organització hospitalària s'ha posat en funcionament a l'Hospital Clínic de Barcelona, lloc on centro la meua activitat professional. Aquesta institució ocupa els primers llocs en l'excel·lència de l'assistència dels malalts. Aquest model, conegut com a Projecte Prisma, ha estat analitzat per tots els facultatius que integren l'Hospital Clínic i per a això s'ha fet una enquesta els resultats de la qual han sortit a la llum. S'ha comparat si el Projecte Prisma era millor, igual o pitjor al sistema clàssic que hi havia funcionant prèviament a l'hospital. No detallaré tots els punts de l'enquesta però sí alguns que ens permetin extreure'n alguns ensenyaments:

	<b>Millor</b>	<b>Igual</b>	<b>Pitjor</b>
Ambient a la feina i relació amb els companys	6%	50%	41%
Sensació de reconeixement professional	15%	39%	37%
Nivell de participació en les decisions del servei	18%	36%	41%
Participació dels facultatius en les decisions globals de l'hospital	6%	23%	52%

Resulta evident que aquest model en la seva aplicació inicial no respon a les aspiracions i necessitats dels facultatius de l'hospital.

Com a avís per a navegants, vull deixar clar que el Projecte Prisma o d'altres que puguin ser dissenyats per metges gestors i experts en reenginyeria de processos, per tenir èxit, haurien d'encertar a posar l'accent en els aspectes motivacionals de l'estratègia del canvi en l'organització. En el món de l'em-

presa, és ben conegut que perquè l'estratègia tingui credibilitat s'ha de fonamentar en objectius que tinguin capacitat de mobilitzar tots els membres de l'organització.

No seria sobrer si també es tingués en compte el que va exposar un gran físic, Max Born: "L'enteniment distingeix entre allò possible i impossible, la raó decideix entre allò sensat i insensat. Fins i tot el que és possible pot ser insensat." Tampoc no aniria malament que aquests gestors mèdics llegissin el primer capítol de l'obra *A través de l'espill*, de Lewis Carroll: "“Sembla molt bonic”, va dir Alícia, en acabar la seva lectura, “encara que de comprensió una mica difícil. La meva impressió és d'alguna cosa que m'omple el cap d'idees. Però no sé exactament quines idees!”"

Malgrat tot, no crec que encara es pugui parlar de fracàs en l'aplicació dels models d'instituts d'assistència en l'organització hospitalària.

En la meua opinió, de tots els serveis que integren un hospital, són els serveis de cirurgia els que es beneficien més en qualsevol model organitzatiu que prevegi l'existència d'unitats d'assistència especialitzada. La integració dels serveis de cirurgia amb altres serveis en instituts dependrà de la flexibilitat i del tarannà dels responsables de la gestió dels instituts. Es pot treballar de manera integrada però mantenint cada servei la seva pròpia identitat. És important? La resposta ens pot venir a través de la realitat de la medicina actual en contínua evolució. Els avenços tecnològics necessiten uns professionals de la cirurgia en permanent adaptació als canvis en la manera de desenvolupar l'acte operatori. Les estratègies quirúrgiques han canviat i les tècniques s'han modificat substancialment. Fins fa ben poc era inimaginable que la cirurgia mínimament agressiva permetés la cirurgia d'exèresi d'òrgans sòlids (fetge, pàncrees, melsa, suprarenals) i de processos malignes del tub digestiu. Aquesta cirurgia amb avenços continus permet que els progressos en certes àrees siguin aprofitats en altres. En definitiva, la cohesió dels professionals de la cirurgia ajuda a recórrer el difícil camí de l'assistència clínica amb més lleugeresa. Per tot això, qualsevol organització hospitalària que no prevegi mantenir el servei de cirurgia amb la seva pròpia identitat i els seus límits ben recognoscibles té el risc d'impedir el desenvolupament dels seus membres. Tampoc no sobrarà recordar que com més disgregada està una societat, com menys arrels la uneixin culturalment, més solen sorgir societats roïnes i petits feus. Els professionals de la cirurgia i els que tinguin alguna responsabilitat en la gestió haurien de vigilar amb ulls crítics tota organització hospitalària que pretengui que els cirurgians estiguin integrats en unitats subespecialitzades, però sense que existeixi "Cirurgia" amb poder de decisió i amb lliure capacitat per a la motivació, la iniciativa, la creativitat i la comunicació.

Hi ha exemples recents que refermen encara més els arguments apuntats anteriorment. En aquests últims anys s'està desenvolupant la cirurgia robòtica, i les experiències clíniques en la cirurgia de la litiasi biliar i del reflux gastroesofàgic han demostrat resultats molt esperançadors. Fins i tot s'ha realitzat per primera vegada en la història de la medicina la cirurgia transoceànica. El 7 de setembre de 2001 es va fer l'operació Lindbergh en la qual un cirurgià, el professor J. Marescaux, situat en un edifici sense cap ambient mèdic (France Telecom) a Nova York, va utilitzar un sistema de robòtica digital que enviava ordres a una sèrie de braços que mantenien en acció els instruments laparoscòpics que s'havien introduït en un pacient amb litiasi biliar ingressat en un dels quiròfans de l'Hospital Universitari d'Estrasburg (França). La intervenció quirúrgica de colecistectomia laparoscòpica va ser un èxit i va demostrar que la tecnologia actual permet intervencions a llarga distància amb un temps mínim entre les ordres del comandament i l'acció que es visualitza al monitor. Aquesta revolució tecnològica de la cirurgia obre una sèrie d'expectatives pel que fa a l'entrenament, l'assistència i l'educació de la cirurgia. Els hospitals haurien d'introduir en els dissenys arquitectònics quiròfans en els quals es puguin fer operacions (similars a l'operació Lindbergh) en hospitals veïns o situats a centenars o milers de quilòmetres de distància. Referent a això vull recordar allò que va dir un granger de Iowa a George W. Bush, quan estava fent campanya electoral: "El futur no és el que solia ser." Els cirurgians cohesionats en el servei de cirurgia (independent de la seva capacitat en una subespecialitat específica) seran els que promouran el projecte estratègic entès com a objectius que tinguin capacitat de mobilitzar tots els membres de l'organització per aconseguir metes ambicioses. D'aquesta manera la cirurgia podrà mirar de cara al futur per aconseguir noves revolucions que millorin l'assistència de l'individu malalt.

**Laureà Fernández-Cruz**

**President de la Societat Catalana de Cirurgia**

# LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA: UN CAMÍ OBERT, PLE D'ESPERANCES

Sala Pedrós J, Fernández-Cruz L.

## Conclusions

La Societat Catalana de Cirurgia és una entitat de llarga tradició en el país, que entronca amb tot el llegat històric de la cirurgia catalana, però que es projecta cap al futur amb tota la força d'una societat científica moderna, dinàmica, compromesa amb el progrés, tant del coneixement biosanitari en el camp que li és propi, el de la cirurgia, com amb el benestar de les persones i per tant de la societat en general, pel que es refereix a l'àmbit en el qual està immersa que és el de la salut.

Actualment agrupa a la gran majoria de cirurgians de tot l'àmbit territorial català, i incorpora, a les seves sessions i activitats, representants de gairebé tots els hospitals catalans, no tan sols els universitaris o els que pertanyen a l'Institut Català de la Salut que han estat els tradicionalment més implicats en les tasques acadèmiques, si no que també es veu reforçada per la integració de les iniciatives que els denominats hospitals comarcals, un fenomen que ha representat un canvi notable en l'assistència quirúrgica dels darrers anys, havien anat desenvolupant de manera gairebé alternativa. En conjunt, la Societat Catalana de Cirurgia té la voluntat de representar les inquietuds científiques dels cirurgians catalans, contribuint al prestigi de la professió basat en la qualitat de la seva tasca i en la força moral que això li proporciona.

La celebració del 75è aniversari de la fundació de la Societat Catalana de Cirurgia és una fita, tant artificial com qualsevol altra, que marca un punt de referència, coincidint amb l'inici d'una altra fita, el tercer mil·lenni, que voldríem que marqués un punt d'inflexió en la trajectòria de la cirurgia catalana. Amb aquesta commemoració es demostra que existeixen unes arrels que venen de lluny però també que hi ha una voluntat de cohesió dels cirurgians, un desig de millora, un afany de servei, una necessitat de coneixement, una comunió d'objectius amb les més rellevants institucions quirúrgiques internacionals que si bé provenen d'una llarga i fructífera evolució, estan en plena efervescència i mereixen poder-se desenvolupar plenament. La Societat Catalana de Cirurgia no pretén ser altra cosa que l'eina per aconseguir-ho. Entre tots.

**Joan Sala Pedrós**

**Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia**

**Laureà Fernández-Cruz**

**President de la Societat Catalana de Cirurgia**





